

Formulario de solicitud de préstamo para audífonos

El objetivo de este programa es proporcionar audífonos temporales a los residentes de Maryland con pérdida auditiva menores de 21 años que aún no se han graduado de la escuela secundaria, mientras esperan recibir sus dispositivos de amplificación personales. La mejor manera de contactarse con el banco que concede el préstamo es por correo electrónico. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Banco de Préstamos para Audífonos y Videos de Lenguaje y Comunicación a zella.shabasson@maryland.gov o al 410-767-0739.

Se pueden solicitar en préstamo videos que ayuden a las familias a aprender el lenguaje y los métodos de comunicación que elijan utilizar con sus hijos. Complete el formulario de solicitud en el [sitio web del Banco de Préstamos](#).

Complete las partes A a D de esta solicitud y envíela a:

Departamento de Educación del Estado de Maryland
División de Educación Especial
200 West Baltimore Street, 9th Floor
Baltimore, Maryland 21201
A la atención de: Zella Shabasson
Correo electrónico: zella.shabasson@maryland.gov
Fax: (410) 333-8165

La solicitud puede guardarse y enviarse electrónicamente, imprimirse y enviarse por correo postal o por fax. Se mantendrá la confidencialidad de la información que se incluye en este formulario.

Parte A

INFORMACIÓN DEL AUDIÓLOGO QUE DERIVA

Nombre del audiólogo:

Número de licencia de audiología de Maryland:

Dirección de envío:

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre del padre/madre/tutor legal:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Condado de residencia:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor:

Parte B

PARA SER COMPLETADO POR EL AUDIÓLOGO QUE DERIVA

Para que se pueda procesar esta solicitud, se debe proporcionar con esta solicitud una copia de cualquier prueba audiológica, una autorización médica del otorrinolaringólogo del niño y un formulario de acuerdo (Parte D) firmado por el padre, madre o tutor legal. Haga copias, escanéela o envíela por fax, ya que esta documentación no se devolverá.

1. ¿Se derivó a este niño en función de los resultados del protocolo universal de exploración auditiva neonatal?

No Sí En caso afirmativo, ¿de qué hospital?

2. ¿Se derivó a este niño a raíz de los resultados de un programa de exploración escolar rutinario?

No Sí En caso afirmativo, ¿de qué condado o jurisdicción local?

3. ¿Cuál es la configuración y el grado de pérdida auditiva?

4. ¿Se trata de una adaptación binaural o monoaural?

5. Indique la marca y el modelo de audífono que recomendaría para este niño, y enumere sus preferencias del 1 al 3. Si bien no podemos garantizar la marca y el modelo exactos, tenga la seguridad de que haremos todo lo posible para satisfacer su solicitud.

Primero:

Segundo:

Tercero:

El o los audífonos se enviarán al audiólogo solicitante una vez recibida la solicitud y la documentación requerida, y en función de la disponibilidad de los audífonos. El Banco de Préstamos para Audífonos y Videos de Lenguaje y Comunicación seleccionará y enviará el audífono en función de la información recibida.

Firma del audiólogo

Fecha

Parte C

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

1. Explique por qué solicita un préstamo de audífonos en este momento.

2. Describa brevemente sus esfuerzos para obtener audífonos permanentes a través de seguros o Asistencia Médica, si corresponde.

3. ¿Necesita información sobre recursos para conseguir audífonos permanentes?

SíNo

4. Para niños menores de 3 años, ¿su hijo está actualmente inscrito en el Programa para Bebés y Niños Pequeños de su condado o jurisdicción local?

SíNoEn caso afirmativo, ¿de qué condado o jurisdicción local?

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Parte D

ACUERDO DE PRÉSTAMO DE AUDÍFONOS
PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Marque cada casilla para confirmar que está de acuerdo con la declaración.

ACEPTO QUE MI HIJO RECIBA AUDÍFONOS PRESTADOS DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MARYLAND.

ACEPTO PROPORCIONAR UNA BREVE DECLARACIÓN QUE INDIQUE EL MOTIVO POR EL QUE SE SOLICITA LA ASISTENCIA DEL BANCO QUE CONCEDE EL PRÉSTAMO.

ACEPTO QUE ES MI RESPONSABILIDAD MANTENER Y CUIDAR EL O LOS AUDÍFONOS Y QUE SERÉ RESPONSABLE DE CUALQUIER PÉRDIDA O DAÑO NO CUBIERTO POR LA GARANTÍA DEL AUDÍFONO HASTA \$150.00. ESTO EXCLUYE EL DESGASTE NORMAL.

ACEPTO QUE MI HIJO UTILICE EL O LOS AUDÍFONOS DURANTE UN PERÍODO DE HASTA 12 MESES. SI MI HIJO NO HA RECIBIDO SU AMPLIFICACIÓN PERSONAL DENTRO DE ESE PLAZO, PODRÉ PRORROGAR EL PLAZO DEL PRÉSTAMO POR 12 MESES, MEDIANTE LA FIRMA DE UN CONTRATO DE PRÓRROGA.

SI MI HIJO CONTINÚA USANDO AUDÍFONOS, ACEPTO SOLICITAR UN SISTEMA DE AMPLIFICACIÓN PERSONAL PARA ÉL.

ACEPTO QUE CUANDO MI HIJO RECIBA SU AUDÍFONO PERSONALIZADO, DEVOLVERÉ EL O LOS AUDÍFONOS PRESTADOS AL AUDIÓLOGO DE MI HIJO PARA QUE LO DEVUELVA AL BANCO QUE LOS PRESTÓ.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha