

El Programa de los Audifonos de los Niños de Wyoming(WYCHAP)

Querido Padre/Guardián;

El WYCHAP es un fondo que fue establecido en 2012 por la Legislatura de Wyoming. La meta de WYCHAP es proveer un acceso oportuna a los audifonos (ser digno usando las mejores recomendaciones) para los niños, a las edades del nacimiento por el fin de su carrera de la escuela secundaria, identificados con la pérdida de la audición quienes no tienen el seguro o bajo asegurado . Los fondos son limitados, distribuidos por una base de la primera venida primera servida, y la disponibilidad de los fondos es dependiente en la acción legislativa del futuro. **Favor de revisar “Los Factores para Considerar Antes de Aplicar para los Fondos de WYCHAP” en la página 9 con el audiólogo antes de llenar la aplicación.**

Porque los padres/guardianes son los mejores defensores para sus niños WYCHAP está poniendo la responsabilidad primaria en ustedes para asegurar que esta aplicación está completa. Favor de compartir esta página con su audiólogo y trabaja con él/ella para estar seguro que todas las materiales son presentadas en una manera oportuna. Consiga la exigida información audiometrica del audiólogo y presente todas las materiales de la aplicación al mismo tiempo.

Proveyendo acceso al sonido por medio del uso de la tecnología del audifono pone señas al aspecto único de la pérdida de la audición. Recibiendo los servicios de la intervención adecuada provistos por el personal calificado y haciendose relacionado con la red de los padres como Las Familias de Wyoming para las Manos & Voces ayuda a proveer el apoyo necesario a las familias. Usted se fijará que el Formulario de Permiso de Liberación/Intercambio de Información incluye una liberación a La Detección e Intervención Temprana (EHDI) para los bebes, los niños y los preescolares) y los Servicios del Alcance del Departamento de Wyoming de la Educación (para los niños de la edad de la escuela) que son Sordos/Tienen un problema con la audición. Estas dos agencias ayudan a las familias/las escuelas; las escuelas pre-elementarias de desarrollo en la facilitación de las necesidades educacionales para los ninos con la pérdida de la audición.

Los audifonos son requisitos de ser adecuados usando las recomendaciones de la mejor práctica del Comité Mutuo de la Audición de los Infantes (JCIH) y/o las Líneas Directrices para la Amplificación Pediátrica de la Americana Academia de la Audiología (AAA) lo que requiere la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (e.g., Verifit). **PIDA A SU AUDIOLOGO SI EL/ELLA PUEDE PROVEER LA VERIFICACION DEL MICROFONO DE LA SONDA** o pongase en contacto con Las Familias de Wyoming para las Manos & Voces para ayuda en encontrar este requisito servicio de audiología.

LOS REQUISITOS PARA INICIAR ESTA APLICACION:

1. El formulario de Pre-aprobación - página 4
2. La Información Audiometrica del audiólogo
3. El Contrato del Compromiso de los Padres - página 5

4. Permiso para la Liberación/Intercambio de la Información-página 6
 5. El Contrato de la Obligación del Audiólogo – página 7
- Favor de presentar estos artículos al mismo tiempo –
La aplicación tiene que estar completa antes del proceso

Cuando Las Familias de Wyoming para las Manos & Voces recibe la aplicación completa será revisada y el padre y el audiólogo serán notificados por una carta electronica en cuanto a la aprobación o sin aprobación de la aplicación. Cuando los audifonos han sido puestos el audiólogo tiene que presentar **el Formulario de la Petición del Audiólogo para el Pago** y la requisita documentación de apoyo para que reciba el pago.

FAVOR DE ANOTAR

- Los recipientes no serán considerados para un juego de audifonos consecutivos más de cada cuatro años.
- Este Programa no es para los niños quienes audifonos puedan ser comprados por el seguro privado, Medicaid (Cuidado de Niño/CHIP), Los Niños con las Necesidades Especiales, El Departamento de la Rehabilitación Vocacional (DVR) u otros lugares disponibles.
- Los fondos de WYCHAP no pueden ser usados para llegar a los deducidos del seguro.
- Incluso con los audifonos será una garantía de dos años para una pérdida única/de daño. Al término de la garantía inicial, la familia será responsable para comprar más garantías. Las familias también serán responsables para comprar los siguientes audifonos y/o las garantías si la garantía sea abusada (eje: los audifonos fueron perdidos o dañados más que una vez).
- Es pedido que los audifonos comprados para los infantes antes de la implantación Cochlear estén devueltos al programa de WYCHAP después de que el niño esté implantado.

Gracias por su interés en este programa. Si tiene más preguntas favor de ponerse en contacto con:

307-333-0546

Wendy Hewitt

(307) 780-6476

wendy@wyhandsandvoices.org

Enviar por correo o por fax todos los formularios y documentación a :

Las Familias de Wyoming para las Manos & Voces

P.O. Box 1033

Mountain View, WY 82923

(Fax) 307-333-0546 Nuestro Fax es asegurado por HIPPA y hace el proceso de aplicación más fácil.

Página 2

EL PROGRAMA DE LOS AUDIFONOS DE LOS NIÑOS DE WYOMING (WYCHAP)

Querido Audiólogo,

El WYCHAP es un fondo que fue establecido en 2012 por la Legislatura de Wyoming. La meta de WYCHAP es para proveer el acceso oportuno a los audifonos (ser digno usando las mejores recomendaciones) para los niños, a las edades del nacimiento por el fin de su Carrera de la escuela secundaria, identificados con la pérdida de la audición quienes no tienen el seguro o bajo asegurado. Los fondos son limitados, distribuidos por una base de la primera venida primera servida, y la disponibilidad de los fondos es dependiente en la acción legislativa del tuturo. **Favor de revisar “Los Factores para Considerar Antes de Aplicar para los Fondos de WYCHAP” en la página 9 con el audiólogo antes de llenar la aplicación.**

FAVOR DE ANOTAR:

Los audifonos son requisitos de ser adecuados usando las recomendaciones de la mejor práctica de Comité Mutuo de la Audición de los Infantes (JCIH) y/o las Líneas Directrices para la Amplificación Pediátrica de la Americana Academia de la Audiología (AAA) lo que requiere la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (e.g., Verifit). Si usted no tiene esta tecnología disponible, Las Familias de Wyoming para las Manos & Voces asistirá a la familia en encontrar este servicio.

Todos los audifonos que son adaptados a los participantes de WYCHAP (con la excepción de los infantes quienes recibirán una implanta coclear, están exigidos a aceptar los DAI personales FM auriculares. Bluetooth no es un sustituto aceptable.

Los padres son principalmente responsables para asegurar que las materiales de la aplicación son presentadas en una manera oportuna. **Favor de proveer a los padres con la información audiométrica requisita en el Formulario de Pre-Aprobación** para acelerar el proceso de la aplicación,

El audiólogo dispensativo será reembolsado por :

- La cantidad facturada del fabricante del audifono, no sobrepasar \$2000 para cada audifono con la inclusión de una garantía de dos años única perdida/daño para cada audifono, y no sobrepasar \$4000 por una cinta blanda.
- \$550 total para la adaptación del audifono(s).
- El precio de un juego de moldes de la oreja, no sobrepasar \$100 para cada molde. Los padres/guardianes u otros pagadores no pueden ser facturados por el precio no cubierto por el reembolso de WYCHAP

LOS REQUISITOS DE PRE-APROBACION DEL AUDIOLOGO:

Todos los datos/ información audiométrica

- **Para los infantes, niños, pre-escolares:** (OAE, ABR/ ASSR/ Boa/ VRA/ Juego Condicionado, Inminente con AR; una afirmación encuancto a una inspección otoscópica. Los resultados tienen que estar en los últimos doce meses.
- **Para los niños de la edad de la escuela:** (los umbrales de A/C y B/C, SRTs, WRS (teléfonos, teléfonos insertados), Inminente con AR; una afirmación encuancto a una inspección otoscópica. Los resultados tienen que estar en los últimos doce meses.

Cuando las Familias de Wyoming para las Manos & Voces reciben la aplicación **completa** será revisada y el padre y el audiólogo serán notificadas por carta electrónica en cuanto a la aprobación o no aprobación de la aplicación. Cuando el audifono o audifonos han sido adaptados el audiólogo tiene que presentar el **Formulario para la Petición para el Pago** y los requisitos documentos de apoyo para recibir el pago.

Si tiene preguntas acerca de este programa favor de llamar a:

Wendy Hewitt

(307 780- 6476 o a wendy@wyhandsanvoices.org)

El Formulario de WYCHAP para Pre-Aprobación

LA INFORMACION DE LOS PADRES

El Nombre del Niño Recibiendo el Audifono(s)_____La Fecha del Nacimiento_____

El Padre o Guardián del Niño:_____

La Dirección por Correo:_____

El Nombre de Contacto Primario:_____

El Número de Teléfono de Casa:_____Teléfono Celular: _____

El Nombre de Contacto Secundario:_____

El Número de Teléfono de Casa:_____Teléfono Celular:_____

La Dirección Electrónica:_____

La Compañía de Seguro:_____

Favor de describir la pérdida de la audición de su niño (cuanta pérdida; que clase de pérdida de la audición – ej una pérdida de la audición sensorineural blando a moderado, bilateralmente)_____

LA HISTORIA DE LA AUDICION

La edad del niño cuando la pérdida de la audición fue identificada_____

Actualmente lleva su niño un audifono(s)?____Sí ____No Si es sí:

- o La oreja derecha: La Marca Actual/el Modelo_____

La edad del audifono (años)_____

Es el audifono actual compatible con FM____Sí ____No

- o La oreja izquierda: La Marca Actual/el Modelo_____

La edad del audifono (años)_____

Es el audifono actual compatible con FM ____Sí ____No

Si el audifono (s) actual es menos de 3 años de edad y es compatible con FM, favor de explicar por qué usted está pidiendo nuevos audifonos_____

LA EDUCACION/INTERVENCION

Si su niño asiste a la escuela pública, ¿cómo se llama el distrito escolar?_____

Si su niño asiste a un Centro para el Desarrollo del Niño, ¿cómo se llama el Centro?_____

Tiene su niño un IFSP____Sí____No; un IEP____Sí____No, o un Plan de 504____Sí____No?

LA INFORMACION DEL AUDIOLOGO

El _____ Nombre del

Audiólogo:_____

El _____ Número de _____ la

Autorización_____

La Dirección por Correo _____
El Número de Teléfono de la Oficina _____
El _____ Número _____ de
FAX: _____
La Dirección de Carta Electronica; _____
Usa el audiólogo la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (ej. Verifit)?
____ Sí ____ No

EL PROGRAMA DE LOS AUDIFONOS DE LOS NIÑOS DE WYOMING (WYCHAP)

EL CONTRATO DEL COMPROMISO DE LOS PADRES/GUARDIAN

El Nombre del Niño: _____ La Fecha de Nacimiento: _____

Por **firmar con iniciales** en el espacio provecho, usted está acordando con cada declaración.

____1. Yo convengo devolver los audifonos al Programa de los Audifonos de los Niños de Wyoming cuando/si mi niño recibe una(s) implanta(s) cohchlear.

____2. Yo garantizo que mi niño no es legible para recibir ayuda médica para los audifonos por un seguro privado, Medicaid (Cuidado de Niño/CHIP), Los Niños con las Necesidades Especiales, El Departamento de la Rehabilitación Vocacional (DVR) u otros lugares disponibles que pagan por los audifonos.

____3. Los audifonos no son una costa cubierta o son una costa mínima bajo mi compañía de seguro.

____4. Yo comprendo que los audifonos tendrán una garantía de dos años para una pérdida única/de daño. Yo estoy responsable por las garantías del futuro y/o la compra de nuevos audifonos si la garantía sea abusada (ej. Los audifonos son perdidos o dañados más que una vez.

____5. Mi niño será visto por un audiolólogo autorizado quien usará las recomendaciones para las mejores prácticas de arreglar el audifono como presentadas por el Comité Mutuo de la Audición de los Infantes y/o las Lineas Directivas de la Academia Americana de la Audiología para la Amplificación Pediátrica lo que requiere el uso de la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (ej., Verifit).

____6. Yo entiendo que el pago para el juego inicial de los moldes de las orejas estará cubierto por el Programa de los Audifonos de Wyoming y yo estoy responsable por comprar todos los siguientes moldes de las orejas tanto como el prosiguiente audiologico del arreglo posterior.

____7. Yo entiendo que el dato audiometrico, la historia de la audición, la educacional información de la historia de esta aplicación será compartida con el Programa de La Detección e Intervención Temprana (EHDI) (para los bebes, los niños, y los pre-escolares, o con Los Servicios del Alcance del Departamento de Wyoming de la Educación para los Sordos o Tienen un Problema con la Audición (para los niños de la edad de la escuela).

Mi firma indica que yo estoy de acuerdo con los términos del Programa de Wyoming de la Ayuda para los Niños para la Audición.

Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____

El Programa de los Audifonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP)

El Nombre del Niño: _____ La Fecha del Nacimiento: _____

Por **firmar con iniciales** en el espacio provecho, usted está acordando con la liberación/intercambio de la información entre las siguientes agencias.

PARA LOS NIÑOS DE EDAD DE LA ESUELA

-----Firme
**El Departamento de Educación
De Wyoming**
Los Servicios para el Sordo/Problema
con la Audición
Teléfono: 307-777-6376

____Firme
La Escuela del Niño _____
Dirección _____

Carta Electronica: janine.cole@wyo.gov

Teléfono: _____
Carta Electronica: _____

PARA LOS INFANTES, NIÑOS, NIÑOS PRE-ESCOLARES

____Firme
**La Detección Temprano de la Audición
E Intervención (EHDI)**
Avenida de Centennial 1771
Laramie, WY 82070
Teléfono: (307) 721-6212
Carta Electronica: Nancy.pajak@wyo.gov

____Firme
**El Centro de Desarrollo Local de
Niño** _____
Dirección _____
Teléfono _____
Carta Electronica _____

PARA TODOS LOS SOLICITANTES

____Firme
Las Familias de
Audiólogo _____
Manos y Voces
Apartado de Correos 1033
Teléfono: (307) 780-6476
Fax: (307) 333-0546
Carta Electronica:
electronica _____
wendy@wyhandsandvoices.org

____Firme
Wyoming para las
Dirección _____
Teléfono _____
Y Carta

Advertencia: Este formulario tiene que ser incluido con la aplicación de pre-abrobación. Como el padre/guardian del niño nombrado arriba, Yo en esto autorizo el intercambio y liberación de información contenida en esta aplicación entre los participantes identificados arriba.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Página 6

El Programa De Los Audifonos de los Niños De Wyoming (WYCHAP) El Contrato de Compromiso del Audiólogo

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por **firmar con iniciales** en el espacio provecho usted está acordando con cada afirmación.

____ 1. Yo convengo adaptar los audifonos a los recipientes de WYCHAP usando las recomendaciones de mejor uso del Comité Mutuo de la Audición de los Infantes (JCIH) y/o las Clínicas Líneas Directrices para la Amplificación Pediátrica de la Americana Academia de la Audiología (AAA) lo que requiere la tecnología de la verificación de micrófono de sonda (e.g., Verifit).

____ 2. Yo convengo que todos los audifonos adaptan a los participantes de WYCHAP (con la excepción de los infantes quienes estarán recibiendo las implantas cochlear) son requisitos de aceptar los receptores personales DAI FM. Bluetooth no es un sustituto aceptable.

____ 3. Para los niños de la edad de la escuela yo convengo proveer un informe escrito lo que incluye el funcional dato audiometrico (ayuda SRT, ayuda SF WRS en silencio y en ruido, ayuda respuesta a NBN o WPT) y comentarios en cuanto al efecto/beneficio del audifono (s).

____ 4. Yo convengo proveer una verificación del equipaje procreado (carta de lista) que indica que la tecnología de micrófono de sonda (e.g., Verifit) fue utilizada.

____ 5. Yo he adquirido el despacho médico o dispensa para este niño para usar los dispositivos de amplificación.

____ 6. Yo me he puesto en contacto con la compañía de seguro y yo verifico que el seguro del niño arriba

____ No cubre el coste de los audifonos

____ Cubre el coste de los audifonos hasta \$ _____ para cada audifono.

____ 7. Como el audiólogo dispensado yo entiendo que yo seré reembolsado por:

- La cantidad facturada del audifono del fabricante, no sobrepasar \$2000 para cada audifono con el incluso de una garantia de dos años de una pérdida/daño para cada audifono, y no sobrepasar \$4000 por una cinta blanda.

- El total de \$500 por el arreglo del audifono (s).
- El costo de un juego inicial de los moldes de las orejas, no sobrepasar \$100 por cada molde.

____ 8. Como el audiólogo dispensado yo entiendo que los padres/guardiánes u otros pagadores no pueden ser facturados para los costos no cubiertos por el reembolso de WYCHAP. (eg. Los audiólogos dispensados comprenden que ellos tiene que dispensar los audifonos a los precios de reembolso de WYCHAP y no facturarán a los padres, u otros pagadores para fondos adicionales.

Mi firma indica que yo consentiré con los términos arriba del Programa de Audifonos de Wyoming de los Niños.

Firma del Audiólogo: _____

Fecha: _____

Estoy recomendando: ____ un arreglo monaural; ____ un arreglo bimonaural
La fabricación/modelo del audifono(s) siendo recomendado para este
niño _____

Página 7

**El Programa de los Audifonos de los Niños de Wyoming (WYCHAP)
El Formulario de la Solicitud para el Pago del Audiólogo**

Nombre _____ del
Audiólogo: _____

El Número del Permiso del Audiólogo: _____

La Dirección por Correo _____

Número de Teléfono de la Oficina: _____ Otro
Teléfono _____

Número de Fax _____

Carta Electronica _____

Nombre del Niño Recibiendo los Audifonos: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Padre _____ o _____ Guardián _____ del
Niño _____

Fabricante del Audifono: _____

Modelo del Audifono: _____

Número del Serie del Audifono Derecho _____ Del Audifono
Izquierdo _____

Fecha de Expiración de la garantía de dos años para uan pérdida singular/daño única::

Del Audifono Derecno: _____ Del Audifono
Izquierdo: _____

LOS DOCUMENTOS SER INCLUIDOS CON ESTE FORMULARIO

- 1. Una factura creada por usted por la cuota de adaptación, de no sobrepasar un total de \$550.**
- 2. Una factura creada por usted por la costa de un inicial juego de moldes, de no sobrepasar \$100.**
- 3. Una copia de la cantidad facturada del fabricante original del audifono, de no sobrepasar \$2000 por cada audifono, y no sobrepasar \$4000 por una cinta blanda.**
- 4. La verificación de equipaje procreado (carta de lista que la tecnologia de micrófono de sonda (e.g., Verifit) fue utilizada.**
- 5. Para los niños de la edad de escuela un reportaje escrita lo cual incluye:**
 - a. Dato funcional (ayuda SRT, ayuda SF WRS en silencio y en ruido, ayuda respuestas a NBN o WPT).**

Firma del Audiólogo _____ Fecha _____

Envíe este formulario y toda la documentación requisita por correo o FAX a:

Las Familias de Wyoming para las Manos y Voces

Apartado 1033

Mountain View, WY 82939

FAX: 307-333-0546 Nuestro fax es asegurado por HIPPA y hace el proceso de la aplicación más fácil.

Cuando todos los documentos terminados mencionados arriba son recibidos, el audiólogo recibirá el pago entre 30 días.

Página 8

Los Factores Para Considerar Antes De Aplicar Para Los Fondos de WYCHAP

Los audifonos corrientes de un niño tienen que ser al menos 4 años para ser considerado para consolidar.

Los fondos de WYCHAP están designados para los niños con una significativa pérdida de la audición educacional. Una significativa pérdida de la audición educacional es definido como lo siguiente:

- Una pérdida bilateral de la audición de al menos 20 dB PTA en la mejor oreja

- Una pérdida unilateral de la audición de al menos 35 dB PTA en la oreja afectada

- Un pérdida bilateral de la audición de frecuencia alta prorrateando 35 dBPTA a cualquier frecuencia por 2000 Hz, 4000 Hz, o 6000 Hz

- Una oscilada pérdida de la audición conductiva que llega a una del criterio arriba por al menos 3 meses (cumulativos) durante el año escolar o 4 meses anualmente

Los fondos de WYCHAP no pueden ser usados para comprar el equipo/recursos para dirigir el Proceso Auditorio Problema.

Los fondos de WYCHAP son usados para comprar los audifonos tradicionales. Los fondos no están disponibles para las adaptaciones no tradicionales (los audifonos de canal profundo, amplificadores personales con planas respuestas genéricas o mascarar de tininitus) Los accesorios como los recibidores FM, los transmisores FM, los transmisores CROS, los dispositivos de murmullo, y los micrófonos son excluidos.

Los fondos de WYCHAP pueden ser usados para un dispositivo de la audición de la conducción del hueso, (ej.las cintas blandas) cuando una adaptación tradicional del audifono no es viable. Los audiólogos serán reembolsados por un dispositivo. El

reembolso estará hasta, pero no sobrepasar \$4000.00 por uno. Los audiólogos serán reembolsados el precio de la factura del fabricante y una cuota de adaptar de \$500. Los fondos no pueden ser usados por los dispositivos implantados. (ej. BAHA)

Página 9

