



**The W. Paul Biggers MD**  
**Carolina Children's Communicative Disorders Program**  
5501 Fortunes Ridge Dr. Suite A  
Durham, NC 27713  
Phone: 919-419-1449 / Fax: 919-419-1399

[www.uncearandhearing.com](http://www.uncearandhearing.com)

**Board of Directors**

Harold C. Pillsbury III, MD  
*Thomas J. Dark Distinguished Professor*  
*Otolaryngology Chair*

Kevin D. Brown, MD, PhD  
*Medical Administrative Director*

Holly F.B. Teagle, AuD, CCC-A  
*Director*

Hannah R. Eskridge, MSP, CCC-SLP,  
LSLS Cert AVT  
*NCFI-Barnhardt Director*

**Advisory Board**

Lewis Barnhardt  
*Chairman of the Board*

Donna Cook

Jeremy Goldstein

Karen Goldstein

Krista Heavner

Matt Maciejewski

Connie Rogers

Holly Shoun

Joe Templeton

Estimada familia:

Gracias por mostrar interés en Carolina Children's Communicative Disorders Program (CCCDP). El programa de ayuda financiera del CCCDP proporciona fondos para audífonos para niños con pérdida auditiva cuyas familias no califican para ningún otro programa público y que no cuentan con los ingresos para obtener los audífonos. Desde el 1993, la North Carolina General Assembly ha proporcionado esta subvención para ayudar a las familias del estado que tienen niños con pérdida auditiva. Carolina del Norte es el único estado en los EE. UU. que ofrece fondos para los niños con pérdida de audición. No olviden darles las gracias a sus legisladores para que programas como este puedan continuar.

Los niños inscritos en el programa de subvención deben ser residentes de Carolina del norte y tener menos de 21 años de edad. La aceptación es de acuerdo a los ingresos, tamaño de la familia, otros gastos médicos, y las limitaciones del seguro y otros recursos. El criterio financiero es un tanto flexible para poder servir al mayor número posible de niños

Favor de completar la siguiente solicitud en su totalidad. Para completar este formulario usted va a necesitar la ayuda del audiólogo que le va a colocar los audífonos al niño. Favor de tener en cuenta que el programa paga por los audífonos, pero no paga si se pierden o se dañan, o lo que el audiólogo le cobra por programarlos.

Recuerde incluir lo siguiente ya que no se van a considerar las solicitudes incompletas:

- Una copia de la tarjeta(s) del seguro del niño.
- La carta de denegación si les denegaron el Medicaid u otro seguro.
- La prueba de audición más reciente.
- Una fotografía reciente del niño.
- Su formulario 1040 de los impuestos federales más reciente, firmado (favor de llamarnos si no presentó la declaración de impuestos).
- Su formulario D-400 de los impuestos del estado de Carolina del Norte, más reciente, firmado (favor de llamarnos si no presentó la declaración de impuestos).
- La declaración financiera de aptitud, la sección de la familia y la sección del audiólogo de la solicitud.

Usted puede enviar por correo o por fax la solicitud completada y los documentos a la dirección que aparece en esta carta. Una vez que lo acepten en el programa, nos comunicaremos con usted para hacer una cita con un audiólogo y el médico de UNC para obtener la aprobación médica. Esta consulta es solo una vez y todas sus citas de seguimiento serán con su profesional médico local. El costo de las consultas en UNC lo cubrirá el programa de subvención.

Favor de comunicarse con nosotros si tienen alguna pregunta y gracias una vez más por su interés.

Atentamente,

Holly FB Teagle, AuD



**The W. Paul Biggers MD**  
**Carolina Children's Communicative Disorders Program**  
5501 Fortunes Ridge Dr. Suite A  
Durham, NC 27713  
Phone: 919-419-1449 / Fax: 919-419-1399

---

**SOLICITUD PARA AYUDA CCCDP – Para la familia**  
***CCCDP GRANT APPLICATION – Family Portion***  
**Se debe llenar en su totalidad**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o tutor legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino N.º de expediente médico de UNC: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño cobertura de seguro médico privado?  Sí  No

¿Tiene el niño cobertura de seguro médico secundario?  Sí  No

¿Tiene el niño cobertura de Medicaid o NC Health Choice?  Sí  No

¿Ha solicitado los beneficios de Medicaid o NC Health Choice y rechazaron su solicitud?  Sí  No

Pérdida de audición congénita (nació con ella) o  Pérdida de audición adquirida

Edad al momento del primer diagnóstico: \_\_\_\_\_ Edad al inicio de la pérdida de audición: \_\_\_\_\_

Etiología (causa) si se sabe: \_\_\_\_\_

Modo de comunicación:  lenguaje hablado  lenguaje de señas  comunicación total

palabra complementada

Escuela: \_\_\_\_\_

Hogar  Residencia  Salón de clase contenido

Tipo:  Salón de clase regular ( Completamente o  Parcialmente)

Fecha de la primera vez que le colocaron los audífonos: \_\_\_\_\_

todo el tiempo que está despierto

Continuidad del uso de los audífonos:  parte del tiempo que está despierto  nunca

¿Cómo se enteró del programa de ayuda de CCCDP? \_\_\_\_\_

Yo autorizo a CCCDP y UNC-Chapel Hill para que use las fotos, declaraciones u otra evidencia escrita de la participación de mi hijo en CCCDP.

Yo autorizo a CCCDP y UNC-Chapel Hill para divulgar los resultados de las evaluaciones audiológicas y otológicas al audiólogo.

Firma de los padres o tutor legal: \_\_\_\_\_

Carolina Children’s Communicative Disorders Program

Declaración financiera del garante

Para que su niño pueda ser considerado para aceptarlo en CCCDP, esta declaración financiera se tiene que completar en su totalidad. Esta información es confidencial. **Todas las preguntas se deben contestar, el formulario se debe firmar y se deben adjuntar firmados su formulario 1040 de los impuestos federales y el formulario D-400 de los impuestos estatales de NC.**

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_
Garante (persona responsable del paciente financieramente) \_\_\_\_\_
Estado civil del garante \_\_\_\_\_ Relación del garante con el paciente \_\_\_\_\_
¿Vive el paciente con el garante? \_\_\_\_\_ Si no, ¿con quién? \_\_\_\_\_
Número total de dependientes (incluyendo al garante) \_\_\_\_\_ Nombre y edades de los dependientes \_\_\_\_\_
Empleador del garante \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo ha estado empleado? \_\_\_\_\_
Dirección del empleador \_\_\_\_\_
Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo ha estado empleado? \_\_\_\_\_
Dirección del empleador \_\_\_\_\_

Table with 2 main columns: INGRESOS (Monthly/Annual) and BIENES (Residencia, Saldo de la hipoteca, Prestamista, etc.). Includes a red warning: 'LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS SE DEBE FIRMAR E INCLUIR EL FORMULARIO FEDE RAL 1040 Y EL ESTATAL D-400. ¡FAVOR DE COMUNICARSE CON NOSOTROS SI NO PAGÓ SUS IMPUESTOS EL AÑO PASADO!'

Table with 4 columns: OTROS BIENES, Descripción, Impuesto/valor comercial, Saldo del préstamo. Rows include bienes raíces aparte de la residencia, vehículo, equipo de granja o negocio, bote/motocicleta.

Table with 4 columns: GASTOS MENSUALES. Rows include hipoteca, renta, guardería, seguro médico, seguro del carro, mantenimiento del carro, impuesto de la propiedad, otro.

GASTOS MÉDICOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

Table with 4 columns: DEUDAS MÉDICAS. Columns: Institución, Saldo original, Pago mensual, Saldo adeudado. Rows 1, 2, 3.

Yo certifico que las respuestas escritas arriba son verdaderas según mi leal saber y entender. Entiendo que información fraudulenta o engañosa me hará que no califique para cualquier ayuda financiera. Yo autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar mis ingresos y bienes por parte de mi empleador y otros en posesión de información

Firma (Signature) \_\_\_\_\_ Fecha (Date) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente (Relationship to Patient) \_\_\_\_\_



**The W. Paul Biggers MD**  
**Carolina Children's Communicative Disorders Program**  
5501 Fortunes Ridge Dr. Suite A  
Durham, NC 27713  
Phone: 919-419-1449 / Fax: 919-419-1399

---

[www.uncearandhearing.com](http://www.uncearandhearing.com)

**Board of Directors**

Harold C. Pillsbury III, MD  
*Thomas J. Dark Distinguished  
Professor*  
*Otolaryngology Chair*

Kevin D. Brown, MD, PhD  
*Medical Administrative Director*

Holly F.B. Teagle, AuD, CCC-A  
*Director*

Hannah R. Eskridge, MSP, CCC-SLP,  
LSLS Cert AVT  
*NCFI-Barnhardt Director*

**Advisory Board**

Lewis Barnhardt  
*Chairman of the Board*

Donna Cook

Jeremy Goldstein

Karen Goldstein

Krista Heavner

Matt Maciejewski

Connie Rogers

Holly Shoun

Joe Templeton

Dear Audiologist (Estimado audiólogo),

Thank you for your participation in the Carolina Children's Communicative Disorders Program (CCCDP). The purpose of the CCCDP is to provide funding for hearing devices for children with hearing loss, whose families do not qualify for other public programs, and who do not have adequate income to obtain devices. Since 1993, the North Carolina General Assembly has provided this grant to assist families in the state who have children with hearing loss.

Children enrolled in the grant program must be North Carolina residents under 21 years of age. Acceptance is also based on income, family size, other medical expenses, and the limitations of insurance and other resources. The financial criteria are somewhat flexible so that as many children as possible are served.

Please fill out the audiology portion of this application in its entirety. Generally we are able to pay for mid-level BTE devices that are personal FM compatible. RIC and open fit devices are considered on an individual basis. The grant program also covers earmolds for children who are enrolled in the grant. Please note that while the program pays for hearing devices, it does not pay for loss or damage of the devices. You may charge a fitting fee at your discretion and the family has been informed that they are responsible for these fees.

Upon acceptance into the program, the child will be seen by an audiologist at CCCDP and a UNC physician for medical clearance. Rest assured that this is strictly a program requirement and that patients are instructed to return to their local caregivers for fitting and follow-up. Following the visit with our staff, we will send you instructions on ordering the hearing aids and/or earmolds.

Please contact us if you have any questions and thank you for participating in this program. Your willingness to assist these children is greatly appreciated!

Sincerely,

Holly FB Teagle, AuD  
CCCDP Director



**The W. Paul Biggers MD**  
**Carolina Children's Communicative Disorders Program**  
5501 Fortunes Ridge Dr. Suite A  
Durham, NC 27713  
Phone: 919-419-1449 / Fax: 919-419-1399

---

**CCCDP GRANT APPLICATION**

*Fitting Audiologist Portion*

**SOLICITUD PARA AYUDA - CCCDP – Porción para el audiólogo**

**Must be filled out completely**

Date: \_\_\_\_\_

Name of Child: \_\_\_\_\_

Fitting Audiologist Completing Form: \_\_\_\_\_

Practice Name: \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

Zip: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Fax Number: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Degree of hearing loss: Right:  Mild  Moderate  Severe  Profound

Left:  Mild  Moderate  Severe  Profound

Type of hearing loss: Right:  Conductive  Sensorineural  Mixed  Auditory Neuropathy

Left:  Conductive  Sensorineural  Mixed  Auditory Neuropathy

Hearing loss has been:  Stable  Progressive  Fluctuating

Most recent hearing aid fitting date: \_\_\_\_\_

Currently wearing:  BTE  Open Fit  RIC  CIC  ITE  None  Other \_\_\_\_\_

Current fit is:  Binaural  Right ear only  Left ear only  CROS

Reason for refit: \_\_\_\_\_

Make and model of requested device: Right: \_\_\_\_\_

Left: \_\_\_\_\_

Please include the child's most recent audiogram with this application.

**Please note that the family is responsible for any fitting fees that you charge. The CCCDP does not replace lost or damaged hearing aids.**