

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que mi hijo reciba audífonos y / o sistemas FM prestados del Departamento de Salud de Virginia, Oficina de Servicios de Salud Familiar, Programa del Banco de Préstamos de Audífonos EHDI de Virginia.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad cuidar el (los) audífono(s) y / o el (los) sistema(s) FM y que puedo ser responsable del pago de \$ 150.00 por el dispositivo. Esto no incluye el desgaste normal.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que mi hijo puede usar este (estos) audífono(s) y / o sistema(s) FM por hasta doce (12) meses mientras se encuentra en el proceso de obtener sus propios dispositivos. Una extensión de hasta tres (3) meses puede ser posible bajo ciertas circunstancias y si se presenta una extensión de préstamo a su audiólogo.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en devolver los dispositivos a mi audiólogo cuando mi hijo reciba sus propios dispositivos o al final del período de préstamo de tres (3) meses.

¿Tiene seguro?  Sí  No

Medicaid / FAMIS  Seguro privado  Solo cobertura parcial  Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / madre / tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Blue Ridge Care Connection for Children**

**Lisa Powley, 2205, Fontaine Ave, STE 201, Charlottesville, VA 22903**

**Teléfono: (434) 924-0222 Fax: (434) 924-0390 Número gratuito: 866-596-9367 Correo electrónico: vhalb@virginia.edu**