



**Programa de Amplificación para los Niños de Texas (PACT)
Aplicación**

File # _____

Fecha _____

Numero de teléfono _____

Nombre Legal del Solicitante	Nombre del Padre	Nombre de la Madre
Fecha de nacimiento (mes/ día/año)	Dirección del solicitante	
Numero de Medicaid (solicitante)	Numero de Medicaid (padre)	Numero de Medicaid (madre)
Numero de Seguro Social (solicitante)	Numero de Seguro Social (padre)	Numero de Seguro Social (madre)
Numero de CSHCN (sí es aplicable)	Numero de personas en la casa	

Hospital de nacimiento del solicitante:

Ciudad del hospital de nacimiento:

Como el padre/guardian/conservador/persona responsable/trabajador social del solicitante, yo entiendo que lleno una solicitud para obtener una maquina de oír/audífono por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Tejas. Entiendo que la maquina de oír solamente puede ser utilizada por el solicitante.

El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Tejas puede compartir la información escrita en la solicitud con otras agencias para ayuda con la educación y salud del solicitante.

Seguro de protección de perdida de la maquina de oír/audífono es disponible. Por favor pregunte al proveedor PACT de sobre el seguro.

Si el solicitante no necesita más la maquina de oír/audífono, puede ser donado al PACT para que se use como un audífono prestado.

Firma del Padre/Madre

Fecha

Contratista	Escuela
Dirección	Dirección
Teléfono ()	Teléfono ()