

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> I-12+ | <u>Montajes</u> <input type="checkbox"/> Montaje para mesa <input type="checkbox"/> Montaje de Soporte de suelo | <input type="checkbox"/> I-15+ | <u>Montajes</u> <input type="checkbox"/> Montaje para mesa <input type="checkbox"/> Montaje de Soporte de suelo |
| <input type="checkbox"/> I-110 | <u>Rejillas de Protección</u> | <input type="checkbox"/> Indi 7 | <u>Montajes</u> <input type="checkbox"/> Montaje para mesa <input type="checkbox"/> Montaje de Soporte de suelo <input type="checkbox"/> Montaje para silla* |
| <input type="checkbox"/> Speech Case | <input type="checkbox"/> SCF 2x2 <input type="checkbox"/> SCF 3x3 <input type="checkbox"/> SCF 4x4 <input type="checkbox"/> SCF 5x5 <input type="checkbox"/> SCF 6x6 | <input type="checkbox"/> C5 4x3 <input type="checkbox"/> C5 6x4 <input type="checkbox"/> C5 7x5 <input type="checkbox"/> C5 8x5 <input type="checkbox"/> C5 8x6 | <u>Accesorios</u> <input type="checkbox"/> Headmouse <input type="checkbox"/> TrackerPro <u>Interruptores</u> <input type="checkbox"/> Buddy Boton <input type="checkbox"/> Microlight |

*Si selecciona una montura para silla de ruedas, también seleccione un sujetador: Tubo redondo Abrazadera lateral Canal Nuez Permobil

Si no está seguro de qué sujetador se necesita, especifique el nombre de la silla de ruedas. _____

Cobrar A

Envie A

| | | |
|---|---|--------------------------|
| Nombre: | | |
| Dirección 1: | | |
| Dirección 2: | | |
| Ciudad/ Estado/ Código Postal: | | |
| Teléfono: | | |
| Correo Electronico: | | |
| Fuente de financiamiento: | | Fecha de llegada pedida: |
| Los siguientes documentos deben presentarse junto con este contrato | | |
| <input type="checkbox"/> Formulario de información del cliente | <input type="checkbox"/> Liberación de beneficios | |

Firma

1. He leído y entiendo los términos del programa de alquiler.
2. Entiendo que soy responsable por cualquier costo de reparación a menos que haya comprado el seguro de alquiler
3. Entiendo que soy responsable de los costos de sustitución en relación con robo o pérdida
4. Yo entiendo que el equipo alquilado debe ser devuelto al finalizar el período de alquiler

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Fecha: _____

Términos y condiciones de alquiler

Los alquileres solamente serán puestos a disposición de aquellos individuos que han completado y han firmado un contrato de alquiler válido y haber sometido con una forma de pago a Tobii Dynavox, 2100 Wharton Street, Suite 400, Pittsburgh, PA 15203.

Si usted prefiere, usted puede enviar por telefax esta información a 412-381-5241 o por correo electrónico: trials@Tobiidynavox.com

El período máximo de alquiler es cuatro semanas. El período de alquiler empieza el día después de la unidad se entrega a la dirección de envío indicada en el contrato de alquiler. La ayuda de un asesor de ventas Tobii Dynavox no es una condición de la fecha de período de inicio del alquiler. El uso real de los equipos de alquiler no es una condición de la fecha de período de inicio del alquiler. Un adulto mayor de 18 años de edad debe estar disponible para firmar por la entrega. Si no hay nadie disponible para firmar por la entrega, que será devuelto a las Tobii Dynavox después de tres intentos de entrega. El periodo de alquiler se completa cuando el alquiler de maquinaria de que se reciba por las Tobii Dynavox. La fecha de envío de la devolución será suministrado con el equipo de alquiler y caerá un día después del período de alquiler especificado.

Asumiendo la responsabilidad individual de la renta debe ser mayor de edad de 18 años. Información de contacto para asumir la responsabilidad individual de la renta debe ser indicada en el contrato de alquiler. Una vez finalizado el periodo de alquiler, la persona responsable por el alquiler se compromete a devolver el alquiler de maquinaria y los accesorios en el embalaje original de vuelta a las Tobii Dynavox con la etiqueta de devolución suministrado. Tobii Dynavox no devolverá las cantidades pagadas por el cliente para el envío de vuelta.

Materiales de todos los equipos auxiliares, instrucción y formación impartida como parte del paquete total del alquiler debe ser devuelto con el alquiler de maquinaria. El no hacerlo resultará en un cargo adicional del tema en su lista de precios a la persona que asume la responsabilidad por el alquiler y los términos y condiciones. Si la unidad se devuelva a las Tobii Dynavox después de la fecha de vencimiento, asumiendo la responsabilidad individual para el alquiler se cobrará en consecuencia.

La individual asumiendo responsabilidad para el contrato es responsable por los costos de reparación o reemplazo incurridos como resultado de abuso, negligencia, pérdida o robo de la unidad durante el período de alquiler. Asumiendo la responsabilidad individual para el contrato es responsable de cualquier cargo por pago atrasado. Multas por retraso de \$ 250.00 por semana se le cobrará por todo el equipo que llega a la oficina de Tecnologías de DynaVox principal después de la fecha de regreso especificada. Un cargo mínimo de \$ 250.00 es aplicable a todas las declaraciones finales. _____ * POR FAVOR INICIAL AQUÍ *****

Tobii Dynavox garantiza por este medio a los clientes sólo que cada elemento del equipo, cuando se envían, estará en buenas condiciones de funcionamiento. Daños y perjuicios del cliente en caso de incumplimiento por las Tobii Dynavox de dicha garantía con respecto a un elemento del equipo se limitará a los daños directos causados por una condición de funcionamiento defectuoso que razonablemente no podría haber sido descubierto por el cliente después de la entrega de dicho elemento. La garantía precedente y daños y perjuicios por incumplimiento de la misma son la única garantía de daños y perjuicios y en lugar de cualquier representación oral y todas las demás garantías y daños, ya sea expresa, implícita o legal.

Tobii Dynavox deberá, a su cargo, proporcionará el mantenimiento de rutina para todos los equipos, y deberá intentar reparar o reemplazar cualquier elemento del equipo que se encuentre defectuoso durante el período de alquiler. En el caso de un elemento del equipo no funciona correctamente, el cliente deberá notificar a las Tobii Dynavox inmediatamente después de darse cuenta del mal funcionamiento y las instrucciones de solicitud antes de tomar cualquier medida correctiva o antes de volver a nosotros. Tobii Dynavox se reserva el derecho de cancelar cualquier préstamo y solicitar la devolución inmediata del equipo prestado. If you wish to cancel this contract before shipping has occurred, please contact the Trial Department

Al firmar este contrato, acepta nuestra Política de privacidad, que se puede ver en www.tobiidynavox.com/en-US/policies-in-the-footer/privacy-policy

Tobii Dynavox - Formulario de Información del Cliente

(se debe completar y devolver)

Fecha de hoy: _____

¿Tiene actualmente o alguna vez ha tenido un dispositivo de comunicación? Sí No

Fecha de compra: _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál fue/es la marca/modelo? _____

(Debe incluir al menos el mes y el año)

Sección 1: Cliente – El cliente es la persona que recibirá el equipo o los servicios.

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ N°. telefónico del domicilio: _____ N° de teléfono alternativo: _____

N° de Seguro Social: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Hombre Mujer Casado/a Soltero/a

¿Es usted un/a estudiante? Sí No

¿Cuenta usted con un empleo? Sí No

Sí No

Sí No

Lugar actual de residencia:

Casa

Centro de asistencia (vivienda asistida)

Centro para personas con discapacidad

mental/de atención

intermedia

Centro de Atención

Especializada Programa

para Atención de Enfermos

Terminales Hogar Comunitario

Hospital para pacientes

internados

Nombre del Hogar Comunitario o del Centro _____ N°. de teléfono: _____

Sección 2: El Diagnóstico – El diagnóstico es la condición del cliente que requiere el equipo o los servicios solicitados.

Diagnóstico médico: _____

Diagnóstico de comunicación: _____

¿Su diagnóstico es el resultado de un accidente? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha del accidente: _____

¿Tipo de accidente? Laboral Vehicular Otros

Sección 3: Contacto familiar/Tutor legal – El contacto familiar o tutor legal es la persona que es el contacto de emergencia o quien está proporcionando asistencia al cliente.

Primer nombre: _____ Apellido: _____ N°. telefónico del domicilio: _____

Relación con el cliente: Cónyuge Padre de familia Otros (sírvase especificar)

(Marque todas las opciones que apliquen)

Hijo/Hija

Apoderado Legal

Poder legal

N°. de teléfono de emergencia: _____

(Esta debe ser diferente del número de la casa del cliente)

Marque aquí si no hay un número diferente disponible

N°. de fax: _____

Correo electrónico: _____

Sección 4: Patólogo del Habla y del Lenguaje (SLP)/Evaluador – El SLP es el médico especialista que realiza la evaluación del cliente y brinda un informe escrito.

Primer nombre: _____ Apellido: _____ N°. de teléfono del SLP: _____

N°. de teléfono alternativo del SLP: _____ N°. de fax alternativo del SLP: _____ N°. de fax del SLP: _____

Nombre del centro: _____ Número telefónico del centro: _____

Dirección comercial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Apartado postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Nombre de contacto alternativo: _____

N°. de teléfono del centro: _____ Correo electrónico de contacto alternativo: _____

Sección 5: Médico tratante – El médico tratante debe ser el Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) requerido por su seguro (o Medicaid, de ser aplicable). Asegúrese que este PCP firme su receta.

Primer nombre del médico: _____ Apellido del médico: _____
Nombre/Dirección del consultorio: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Apartado postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Nº. del proveedor del médico de Medicaid: _____ Nº. de licencia del médico: _____ Nº. del Identificador de Proveedor Nacional (NPI) del médico: _____
Nombre del Médico de Atención Primaria de Medicaid: _____ Nº. de teléfono: _____

Sección 6: Seguro privado (de ser aplicable)

Debe contactar de inmediato al Departamento de Financiamiento de Tobii Dynavox si se presenta algún cambio en la cobertura médica de su seguro y debe enviar nuevas copias al Equipo de Atención al Cliente. SE DEBE LISTAR TODAS LAS COBERTURAS DE SEGUROS MÉDICOS

Nombre del seguro: _____ Nombre del empleador: _____
Nº. de póliza: _____ Nº. de grupo: _____ Nº. de teléfono de la compañía de seguros: _____
Administrador/a del caso (de ser aplicable): _____ Nº. de teléfono: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Nº. de Seguro Social del titular de la póliza: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Relación con el cliente: Mi persona Cónyuge Otros (sírvase especificar) Nº. de teléfono: _____ Nº. de Fax: _____
 Padre de familia Apoderado Legal _____

Sección 7: Medicare (de ser aplicable)

Nº. de Medicare: _____

Sección 8: Medicaid (de ser aplicable)

Nº de Medicaid: _____ Número de teléfono: _____
Si cuenta con Managed Care Medicaid, incluya el nombre de la compañía de seguros: _____ Nº. de identificación: _____

Sección 9: Otros seguros (vehicular/compensación para los trabajadores)

Nombre del seguro: _____ Nombre del empleador: _____
Nº. de póliza: _____ Nº. de grupo: _____ Nº. de teléfono de la compañía de seguros: _____
Administrador/a del caso (de ser aplicable): _____ Nº. de teléfono: _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ Nº. de Seguro Social del titular de la póliza: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Relación con el cliente: Mi Cónyuge Otros (sírvase especificar) Nº. de teléfono: _____ Nº. de fax: _____
 Padre de familia Apoderado Legal _____
 persona

Sección 10: Financiamiento alternativo (MDA, etc.)

Información de contacto: _____

Sección 11: Información de envío

Nombre: _____ Organización (de ser aplicable): _____ Número telefónico: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tenga en consideración lo siguiente: No podemos enviar a un Apartado postal Los dispositivos financiados por Medicare se deben enviar a la dirección del domicilio del cliente.

Certificación del cliente

Lea y marque la opción al lado de cada enunciado

- Confirmando que toda la información contenida en el presente documento es correcta y verdadera a mi mejor saber y entender. Asimismo entiendo que Tobii Dynavox usará la información proporcionada con el propósito de obtener financiamiento y por medio del presente documento autorizo a que Tobii Dynavox divulgue esta información según lo requerido por las fuentes de financiamiento mencionadas.
- Entiendo que es posible alquilar o comprar el equipo que me ha recetado el médico. La duración del alquiler será de acuerdo a la política de los fabricantes.
- Entiendo que si la cobertura de mi seguro requiere un acuerdo de alquiler limitado, quedaré sujeto a los Términos y Condiciones del Programa de Alquiler Limitado.

Firma(s) de la/las persona(s) que llenan este formulario

1. _____ Fecha _____
Nombre y relación con el cliente (En letra imprenta)

2. _____ Fecha _____
Nombre y relación con el cliente (En letra imprenta)

Sírvase enviar el Paquete de Financiamiento llenado a la dirección de Pittsburgh que se menciona a continuación o por fax al **866-336-2737** o al correo electrónico funding@tobiidynavox.com

Tobii Dynavox

Attn: Funding Department
2100 Wharton Street, Suite 400
Pittsburgh, PA 15203

Tobii Dynavox - Acuerdo de Divulgación y Asignación del Pago de los Beneficios de por vida

(se debe completar y devolver)

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo que sea necesaria para la determinación de los beneficios pagaderos por equipos y servicios y para el proceso de reclamos por parte de los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare, mi compañía de seguros y otras entidades de seguro/médicas. Entiendo que, en ocasiones, se puede encontrar barreras para el reembolso o financiamiento. Tobii Dynavox trabaja en conjunto con Centros para la Ley de Discapacidad (Disability Law Centers) en nombre de los clientes para superar estas barreras y garantizar que se obtenga el financiamiento. Por medio del presente, autorizo a Tobii Dynavox, si fuera necesario, a divulgar información relacionada con mis reclamos de financiamiento a estos Centros para la Ley de Discapacidad.

Autorizo a que se efectúe el pago de los beneficios del seguro, incluyendo Medicare si fuera aplicable, a mi persona o en mi nombre a Tobii Dynavox para la provisión de cualquier tipo de equipo o servicio. Si en caso recibiera el pago directamente de la compañía de seguros, acepto remitir el cheque y la "Explicación de los Beneficios" a Tobii Dynavox dentro de los 10 días de recepción del mismo. Entiendo que el cheque y la explicación se otorgarán a Tobii Dynavox con el fin de acreditar mi cuenta. Si no cumplo con proporcionar esta información, entiendo que se me responsabilizará por el pago total de todos los equipos y servicios que hayan sido proporcionados por Tobii Dynavox.

Entiendo que soy responsable financieramente ante Tobii Dynavox en cuanto a los gastos no cubiertos por los beneficios de atención médica. Acepto notificar a Tobii Dynavox de cualquier cambio que se produzca en mi cobertura de seguro de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Entiendo que soy responsable del monto total de la factura o saldo de la misma según lo determine Tobii Dynavox y/o mi compañía aseguradora de atención médica si se deniega el pago de los reclamos enviados, o alguna parte de los mismos.

Entiendo que al firmar este formulario, acepto la responsabilidad financiera según lo explicado anteriormente de todos los pagos por los productos recibidos. NO SE APLICA A LOS CASOS EN QUE MEDICARE DETERMINA QUE EL SALDO ES OBLIGACIÓN DEL CONTRATISTA O PARA LOS RECEPTORES DE MEDICAID.

He leído y entendido la Política de Devolución de 30 días de Tobii Dynavox, los Derechos y Deberes del Paciente (que incluye el proceso de presentar un reclamo o queja a la Compañía), los Estándares del Proveedor Tobii Dynavox, de acuerdo a DMEPOS y el Aviso de Prácticas de Privacidad de Tobii Dynavox.

Marque si el cliente actualmente está recibiendo atención para enfermos terminales. Marque si el cliente se encuentra actualmente en un centro de atención de enfermería especializada

Nombre del cliente (Usuario): _____

Nombre del titular de la póliza si es diferente al del cliente: _____

Número del Seguro Social del titular de la póliza si es diferente al del cliente: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza si es diferente a la del cliente: ____ / ____ / ____

*******Para que sea válido, el formulario tiene que presentar la firma y fecha en la parte inferior*******

Cliente/Persona asegurada/Apoderado legal/Poder legal

(se acepta una marca con la firma del testigo): _____ Relación con el cliente: _____

Fecha: _____

Firma del testigo (válida solo con la marca del cliente): _____ Relación con el cliente: _____

Fecha: _____