

Chicago Hearing Society

Battery Assistance Request

All of the items listed below **MUST** be sent to the Chicago Hearing Society in order to be considered for their battery assistance program.

- ☐ Copy of student's Medicaid card, front and back
- ☐ Copy of audiogram
- ☐ 6 self-addressed envelopes; **each envelope must have 4 stamps**
- ☐ Demographic information:

Child's Name: _____

Parents' Names: _____

Home Address: _____

Phone Number: _____

Email: _____

Hearing Itinerant Teacher: _____ Email: _____

Please check the size hearing aid batteries requested:

☐ 10

☐ 13

☐ 312

☐ 675

Send all of this information to:

Chicago Hearing Society

Attn: Batteries

2001 N. Clyborn Ave; 2nd Floor

Chicago, IL 60614

Chicago Hearing Society

Battery Assistance Request

Todos los elementos que se enumeran a continuación deben ser enviados a la Sociedad de Audiencia en Chicago con el fin de ser considerados para su programa de asistencia para baterías.

- ☐ Copia de la tarjeta de la ayuda pública: incluya la parte delantera y trasera
- ☐ Copia de un audiograma
- ☐ 6 sobres con su dirección; **cuatro estampillas en cada sobre**
- ☐ Información de demográfica:

Nombre del estudiante: _____

Nombre de los padres: _____

Dirección de la casa: _____

Número de teléfono: _____

El correo electrónico: _____

Maestra para los sordos: _____ El correo electrónico: _____

Por favor, muestre el tamaño de las pilas para audífonos solicitados:

☐ 10

☐ 13

☐ 312

☐ 675

Enviar esta información a:

Chicago Hearing Society

Attn: Batteries

2001 N. Clyborn Ave; 2nd Floor

Chicago, IL 60614