

Solicitud sección 1 de 3: Instrucciones y reglamentos

Información general

El programa nacional de distribución de equipos para personas sordo-ciegas (NDBEDP por sus siglas en inglés) apoya programas locales que distribuyen equipos a individuos de bajos recursos que son sordo-ciegos (tienen una combinación de pérdida de visión y audición) para habilitar el acceso al teléfono, comunicación avanzada, y servicios de información. Este apoyo fue un mandato por parte de la Ley de 2010 de Accesibilidad para Comunicaciones y Vídeo en el Siglo Veintiuno (CVAA por sus siglas en inglés), y es proveído por la Comisión federal de comunicaciones (FCC). Para más información acerca de la NDBEDP, por favor visite

http://www.icanconnect.org/sites/default/files/iCanConnectlink_spanish.pdf
<http://transition.fcc.gov/cgb/consumerfacts/spanish/NDBEDP.html>.

¿Quién es elegible para recibir equipos?

De acuerdo a la ley CVAA, solamente las personas sordo-ciegas de bajos ingresos son elegibles para recibir equipos. Los postulantes deben proporcionar una verificación de sus estatus --de bajos ingresos y de sordo-ciegos.

Elegibilidad por ingresos

Para ser elegible, sus ingresos de familia/hogar deben ser el 400% por debajo de las directrices de pobreza federal como indicado en la siguiente tabla:

Directrices Federales de Pobreza de 2017	
Número de Personas en la unidad familiar	400% Para todos los estados, excepto Alaska y Hawaii
1	\$48,240
2	64,960
3	81,680
4	98,400
5	115,120
6	131,840
7	148,560
8	165,280
Por cada persona adicional, agregue	\$16,720

Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos
(U.S. Department of Health and Human Services)

Con propósitos de determinar elegibilidad de acuerdo a ingresos para el NDBEDP, el FCC define "ingresos" y "hogar" como se describe a continuación:

"ingresos" son todos los ingresos en realidad recibidos por todos los miembros del hogar. Esto incluye salarios antes de deducciones para impuestos, beneficios de asistencia pública, pagos de Seguro Social, pensiones, compensación de desempleo, beneficios para veteranos, herencias, pensiones alimenticias, pagos de manutención a menores, beneficios de compensación de trabajo, regalos, ganancias de lotería, y demás. Las únicas excepciones son ayuda financiera para estudiantes, alojamiento militar y asignaciones de costo de vida, ingresos irregulares de trabajos menores como el cuidado de niños, cortacésped, y demás.

Un "hogar" es un individuo o grupo de individuos que están viviendo juntos en la misma dirección como una unidad económica. Un hogar puede incluir personas relacionadas o no. Una "unidad económica" consiste de todos los individuos adultos que contribuyen y comparten los ingresos, y gastos de un hogar. Un adulto es cualquier persona diez y ocho años o mayor. Si un adulto tiene un mínimo o nada de ingresos, y vive con alguien quien le provee apoyo financiero, las dos personas se considerarán parte del mismo hogar. Niños menores de diez y ocho años que viven con sus padres o tutores se consideran ser parte del mismo hogar que sus padres o tutores.

Vea la sección 2 para la información de ingresos de familia u hogar que se debe proveer con esta solicitud.

Elegibilidad por discapacidad

Para este programa, la CVAA exige que al término "sordo-ciego" (*deaf-blind*, en inglés) se le asigne el mismo significado que le asigna la ley del Centro Nacional Helen Keller (*Helen Keller National Center Act*, en inglés). En general, la persona debe exhibir una pérdida de visión y de audición que combinadas le causan dificultad extrema en la realización de actividades diarias de manera independiente; en el logro de ajustes psicosociales o en la obtención de trabajo.

Más específicamente, el reglamento de la NDBEDP del FCC 64.610(c)(2) indica que un individuo que es "sordo-ciego" es:

(i) cualquier persona

(A) quien tiene una agudeza visual central de 20/200 o menos en el mejor ojo con lentes correctivos, **o un defecto de campo tal que el diámetro periférico del campo visual subtiende una distancia angular no mayor de 20 grados, o una pérdida progresiva de la visión que tiene un pronóstico que conduce a una o ambas de estas condiciones;**

(B) ¿Quién tiene una discapacidad auditiva crónica tan severa que la mayor parte del habla no se puede entender con óptima amplificación, **o una pérdida progresiva de la audición que tiene un pronóstico que lleva a esta condición, y**

(C) Para quién la combinación de impedimentos descritas en. . . (A) y (B) de esta sección causan extrema dificultad en lograr la independencia en actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial, o la obtención de una vocación. (ii) La definición en este párrafo también incluye a cualquier individuo que, a pesar de la imposibilidad de medir con precisión la audición y la pérdida de la visión debido a las limitaciones cognitivas o de comportamiento, o ambos, se pueden determinar por medio de evaluación funcional y de rendimiento tener discapacidades severas de audición y visual que causan extrema dificultad en lograr la independencia en actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial, o la obtención de objetivos profesionales.

Las capacidades funcionales de un solicitante con respecto a la utilización de las telecomunicaciones, acceso a Internet y servicios de comunicaciones avanzadas en varios ambientes se considerarán al determinar si el individuo es sordo-ciego bajo. . . (B) y (C) de esta sección.

¿Quién puede atestiguar la elegibilidad por discapacidad de una persona?

Un profesional en ejercicio que tiene conocimiento directo de la pérdida de visión y audición de la persona como un:

Audiologo
Proveedor de servicios en la comunidad
Educador
Profesional de audición
Representante del HKNC
Profesional de salud médica
Escuela para ciegos y/o sordos
Especialista en sordo-ceguera
Logopeda
Equipos del estado/programa de tecnología adaptada
Profesional de la visión
Consejero de rehabilitación vocacional

Tal profesionales también pueden incluir, en su declaración, información acerca de las capacidades funcionales del individuo para utilizar telecomunicaciones, acceso al internet, y servicios avanzados de comunicación en varios ambientes.

Documentación existente que una persona es sordo-ciega como un plan de educación individualizado, o una declaración de una agencia pública o privada, tal como una carta de determinación del Seguro social, puede servir como verificación de discapacidad.

Vea la sección 3 para la información sobre atestiguación de discapacidad que se debe proveer con esta solicitud.

Póliza de confidencialidad

iCanConnect está comprometido a garantizar que su privacidad sea protegida. Información proveída en esta solicitud solamente se utilizará para determinar elegibilidad para productos y servicios de iCanConnect iCanConnect no venderá, distribuirá, ni alquilará su información personal a terceras personas amenos que usted dé su permiso, o si el programa de iCanConnect tiene por ley requerido hacerlo. iCanConnect está comprometido a garantizar que la información personal esté segura. Para poder prevenir acceso no autorizado o divulgación, procedimientos adecuados físicos, electrónicos y administrativos están en lugar para salvaguardar y asegurar la información que iCanConnect colecte.

Solicitud sección 2 de 3: Información personal del postulante

(Por favor llene todos los campos)

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Voz : _____

VP: _____

Mobil: _____

Correo electrónico: _____

Comunicación de preferencia: TTY VP CapTel Celular TRS
 VRS Correo electrónico Fax

Contacto alternativo (en caso de emergencia): _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Correo electrónico:

Comunicación de preferencia del contacto alternativo: TTY VP
 CapTel Celular TRS VRS Correo electrónico Fax

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** _____

Si usted es menor de 18 años, su madre/padre o tutor legal debe firmar la solicitud.

Preferencia de idioma: _____

Estado en el cual es residente permanente?

Comentarios/sugerencias (opcional):

¿Como supo de este programa?

- Sitio web de iCanConnect.org
- Grupo de apoyo en discapacidades
- Proveedor de educación/escuela
- Miembro de la familia
- Amigo/a
- Proveedor de salud
- Representante de Helen Keller National Center (HKNC)
- Centro de vida independiente
- Intérprete
- medios de comunicación/noticias
- Centro para ancianos
- Especialista en servicios para sordo-ciegos
- Proyecto estatal para sordo-ciegos
- Consejero de rehabilitación vocacional
- Vendedor de Tecnología
- Otro – _____

Elegibilidad por ingresos

Para confirmar su elegibilidad por ingresos, por favor envíe por correo postal o fax la documentación que compruebe su elegibilidad para uno de los siguientes programas federales:

- Medicaid
- Asistencia de Energía para Personas de Bajos Ingresos*
- Seguro social suplemental (SSI)
- Asistencia federal de viviendas públicas o Sección 8
- Estampillas de alimento o *Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)*
- Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF)* o bienestar social *para trabajar (WTW)*
- El programa escolar de almuerzos gratuitos del Programa nacional de almuerzos escolares

Si ninguno de estos susodichos aplica, envíe por correo postal o por fax una copia de los formularios de impuestos federales IRS 1040 del año pasado declarados por usted o miembros de su familia/hogar, o envíe otra evidencia de ingresos de su familia/hogar, como constancias recientes de beneficios de retiro de la Administración del seguro social, u otras constancias de beneficios de pensión.

Con mi firma a continuación yo por este medio solicito servicios y certifico que:

1. La información que he proveído en esta solicitud es verdadera y correcta según mi conocimiento;
2. Los documentos remitidos representan los ingresos enteros de mi familia/hogar, y
3. Yo autorizo la entrega confidencial de la información sobre ingresos y discapacidad que he proveído para el uso solamente como sea requerido para la administración de mi solicitud.

Yo reconozco que soy sujeto/a a **auditoría** y si se encuentra que he proveído información incorrecta en este formulario, seré proseguido/a a lo máximo permitido por la ley. Si llegara a ser elegible para servicios, yo estoy de acuerdo en usar estos servicios para los propósitos previstos. Además yo entiendo que no debo vender, hipotecar, prestar, o transferir intereses en ningún equipo o servicio que me sea proveído. Falsificación de récords o incumplimiento con estas provisiones resultarán en la terminación inmediata de los servicios.

Escribir en letra molde el nombre del postulante o de padre/madre/tutor (si el postulante es menor de 18 años):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Solicitud Sección 3 de 3: Verificación de discapacidad

Esta sección de verificación de discapacidad debe ser completada por un profesional en ejercicio quien tiene conocimiento directo de la pérdida de visión y audición del postulante .

Por favor complete los siguientes campos, y firme e incluya la fecha abajo.

Nombre y dirección del individuo (postulante) sordo-ciego:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Certificador:

Nombre: _____ **Título** _____

Agencia: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Yo certifico bajo penalidad de perjurio que, según mi conocimiento, esta persona es sordo-ciega tal como es definido por el FCC en sección 1, arriba.

Firma: _____

Fecha: _____

Envíe por fax, correo electrónico o por correo postal la solicitud completada (secciones 1, 2 y 3) a:

Idaho Deaf-Blind Equipment Distribution Program
1187 Alturas Drive
Moscow, ID 83843
Fax: 208-885-6145
Querellas por teléfono: 800-432-8324 (English only)

Si documents escaneados son sometidos, por favor utilice el formato PDF.
Este documento está disponible por petición en copia impresa,
braille, y texto electrónico.