



Solicitud de teléfonos especiales gratuitos de TechOWL

Devuelva la solicitud llena a la siguiente dirección:

**TechOWL Free Special Phone Program
Institute on Disabilities at Temple University
Ritter Annex 4, Room 430
1301 Cecil B. Moore Avenue
Philadelphia, PA 19122**

Correo electrónico: TDDP@temple.edu

Fax: 215-204-6336

Teléfono: 800-204-7428

TTY: 711

Guarde esta información en caso de que necesite ponerse en contacto con nosotros.

4/22

Qué esperar después de enviar su solicitud llena:

- Procesamos su solicitud.
- Le enviamos una carta informándole que su solicitud es elegible, está incompleta o fue denegada.
- La carta proviene de la Universidad de Temple; NO es una factura o correo basura.
- Infórmenos si ha cambiado su información de contacto.
- Todo este proceso puede tomar de 4 a 8 semanas. ¡Tenga paciencia!

El Programa de teléfono especial gratuito (Programa de distribución de dispositivos de telecomunicaciones de Pensilvania) es implementado por TechOWL, un programa del Instituto de Discapacidades de la Universidad de Temple, en conjunto con la Comisión de Servicios Públicos de Pensilvania (PUC).

Solicitud de teléfonos especiales gratuitos de TechOWL

4/22 p.1

**Recomendamos encarecidamente una demostración o préstamo del dispositivo, ya que hay una política de no cambios.
Llame al 800-204-7428 para programarlo.**

- Llamaré para programar una demostración o préstamo de equipo antes de enviar mi solicitud.
- No quiero una demostración o préstamo de equipo. Entiendo que no hay intercambios después de recibir mi dispositivo.

¿Ya posee un equipo similar al que está solicitando a TechOWL

(p. ej., teléfono inteligente, tableta, teléfono con subtítulos o amplificado)? Sí No

En caso afirmativo ¿cuál tiene? _____

En caso afirmativo, marque una respuesta a continuación:

Mi equipo:

- Está averiado o solo funciona a veces
- Es prestado
- No satisface mis necesidades porque _____

Usaré este dispositivo en: (marque una opción) _____

- Casa
- Escuela
- Trabajo

Información del solicitante; a ser completada por el solicitante (EN LETRA DE IMPRENTA)

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

Dirección (no se aceptan P.O. Box) _____

Ciudad _____ C.P. _____ Condado _____

Código de área/teléfono _____ Fecha de nacimiento _____

Correo electrónico _____

Persona que lo ayuda con la solicitud, si corresponde

Nombre _____ Relación _____

Código de área/teléfono _____ Correo electrónico _____

Padre o tutor de los solicitantes menores de 18 años

Nombre (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

Código de área/teléfono _____ Correo electrónico _____

Ingreso anual del solicitante y miembros de la familia

4/22 p.2

Debe adjuntar el comprobante de ingresos más reciente del **solicitante**. Los ejemplos de comprobante de ingresos incluyen W-2, 1099 o cartas de concesión de ingresos de jubilación y/o Seguro Social. Si necesita una copia de su declaración de ingresos del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213. No podemos aceptar estados de cuenta bancarios ni el formulario de impuestos 1040.

Número de personas que viven en esta dirección (del solicitante), incluido el solicitante: _____

Otra información del solicitante (obligatoria)

Motivo de uso del Programa de teléfono especial gratuito

- No puedo pagar el equipo
- Este equipo solo está disponible a través del Programa de teléfono especial gratuito
- Podría usar otros programas, pero el sistema es demasiado complejo y/o la espera es demasiado larga

¿Cómo supo de nosotros?

- Amigo/familiar
- Persona de apoyo
- Internet
- Folleto/volante
- Presentación/exposición de _____
- Otro (explique) _____

Si solicita un dispositivo inalámbrico gratuito, responda las siguientes preguntas:

¿Está actualmente suscrito a un plan celular? Sí No

Si marcó “sí”, ¿qué nombre aparece en el plan celular?

(Adjunte una copia de su factura actual de teléfono celular, recibo de compra de tarjeta de datos u otro comprobante de servicio).

Si marcó “no”, ¿podría obtener un plan celular? Sí No

¿Ha utilizado alguna vez un dispositivo inalámbrico? Sí No

¿Actualmente utiliza alguno de los siguientes tipos de tecnología?

(Marque todo lo que corresponda):

- Audífono
- Implante coclear
- Dispositivo generador de voz
- Relé (IP, VRS, TTY, STS, VCO, HCO, teléfono con subtítulos)
- Otro (explique) _____
- No corresponde

Tenga en cuenta lo siguiente: Si está solicitando un dispositivo inalámbrico gratuito, debe obtener y mantener un plan de telefonía celular con una compañía de telefonía móvil.

OPCIONAL

Raza:	Origen étnico:	Género:
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Hombre
<input type="checkbox"/> Asiático o asiáticoamericano	<input type="checkbox"/> No hispano	<input type="checkbox"/> Mujer
<input type="checkbox"/> Blanco o caucásico		<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder		

OBLIGATORIO: Declaración y firma del solicitante

IMPORTANTE: Presente su solicitud a más tardar 30 días después de firmarla y fecharla.

- Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud y los documentos de respaldo es verdadera, completa y correcta.
- Entiendo que si proporciono información falsa intencionalmente, puedo estar sujeto a acciones legales.
- Los funcionarios del programa tienen mi permiso para verificar la información proporcionada.
- Certifico que he leído, entiendo y acepto todas las condiciones establecidas en esta solicitud, y tengo la capacidad de aprender a usar el equipo seleccionado.
- Entiendo que no puedo vender, dar o prestar a otra persona ningún equipo proporcionado por el programa.
- **Solo para dispositivos inalámbricos gratuitos:** Seré responsable de todos los servicios relacionados con el equipo, incluida la tarifa de activación, el plan de servicio mensual y las actualizaciones de software y aplicaciones; y usaré el dispositivo para acceder a los servicios relacionados con el teléfono y las telecomunicaciones, como retransmisión de video, correo electrónico y mensajes de texto. **Activaré el dispositivo que reciba con un plan de servicio celular dentro de los 30 días posteriores a su recepción.** Si no presento comprobante de un plan de servicio celular, es posible que no pueda acceder a los servicios de TechOWL en el futuro.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Si el solicitante es menor de 18 años
Firma del padre/madre/tutor legal

_____ Fecha _____

*Centros de demostración: Si tiene problemas para tomar una decisión sobre qué equipo podría servir mejor, comuníquese o visite uno de los Centros Regionales de Tecnología de Asistencia (ATRC). También puede solicitar un dispositivo en nuestra Biblioteca de Préstamos para probarlo.

**Sitio web: TechOWLpa.org Correo electrónico: TDDP@temple.edu
Teléfono: 800-204-7428**

Escriba en letra de imprenta o a máquina. Toda la información debe ser completada por un profesional. (Devolver a: TDDP@temple.edu. O por fax: 215-204-6336)

Nombre del solicitante

(Apellido) _____ (Nombre) _____ (Inicial) _____

Marque una opción. Soy:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Audiólogo | <input type="checkbox"/> Optometrista |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Oftalmólogo |
| <input type="checkbox"/> Patólogo de habla y lenguaje | <input type="checkbox"/> Profesional de servicios (agencia pública o privada que presta servicios a personas sordas, con dificultades auditivas y sordociegas; empleado del Centro de Vida Independiente; profesional acreditado en tecnología de asistencia) |
| <input type="checkbox"/> Asistente médico | |
| <input type="checkbox"/> Consejero de rehabilitación vocacional | |
| <input type="checkbox"/> Enfermero profesional | |

Marque la(s) discapacidad(es) que está certificando:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cognitiva* | <input type="checkbox"/> Visión disminuida |
| <input type="checkbox"/> Sordo | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Ciego | <input type="checkbox"/> Auditiva física* |
| <input type="checkbox"/> Sordociego | <input type="checkbox"/> Habla |

*Si marcó una discapacidad cognitiva o física, explique por qué el solicitante necesita un teléfono especializado y/o un dispositivo inalámbrico, y/o identifique las funciones de accesibilidad que pueden ser útiles (p. ej., acceso de voz para destreza limitada, botones de memoria etiquetados con fotografías para cognición deteriorada) _____

Profesional certificador

Nombre completo _____

Título _____ Agencia _____

N.º de licencia profesional de PA, si corresponde _____

Código de área/teléfono _____ Fax _____

Correo electrónico _____

Certifico que el solicitante mencionado anteriormente tiene la discapacidad indicada, y que requiere esta tecnología para acceder de forma independiente a los servicios de telecomunicaciones.

Firma del certificador _____ **Fecha** _____

Antes de enviar su solicitud, lea esta lista y marque las casillas para asegurarse de que su solicitud esté completa. Ocurrirá un retraso si no se envían todos los ítems indicados. Guarde una copia de toda su solicitud llena para sus registros.

- Solicitud llena** con todas las preguntas respondidas y todos los espacios en blanco completados.
- Certificación de discapacidad completada** (llenado por un profesional certificador que figura en el formulario).
- Hoja de selección de equipo completada** con una pieza de equipo y/o un señalizador que funcionará para usted.

Presentar fotocopias de documentos con la siguiente información:

- Comprobante de residencia en Pensilvania** con el nombre y la dirección actual del solicitante; esto incluye cualquiera de los siguientes:
 - Licencia de conducir vigente
 - Identificación
 - Factura de servicios públicos
 - Correspondencia fechada del Seguro Social
 - Copias del formulario W-2
 - Boleta de calificaciones de la escuela
 - Otra documentación preimpresa con el nombre del solicitante y la dirección actual
- Comprobante de los ingresos del solicitante** (ejemplos incluyen W-2, 1099 o cartas de adjudicación de ingresos de jubilación y/o Seguro Social. Si necesita una copia de su declaración de ingresos del Seguro Social, llame al 1-800-772-1213). Debe presentar su **información más reciente**. No podemos aceptar estados de cuenta bancarios ni el formulario de impuestos 1040.
- Solo para un teléfono fijo gratuito: Comprobante más reciente** de la factura de servicio telefónico (por ejemplo, si firma su solicitud en mayo, incluya la factura de abril). Envíe la factura completa. Debemos saber qué tipo de servicios tiene en su casa para determinar si el dispositivo solicitado es el adecuado.
- Solo para dispositivos inalámbricos gratuitos: Comprobante de servicio celular**; esto incluye cualquiera de los siguientes:
 - Una copia de la factura mensual actual del teléfono celular
 - Recibo de una compra de tarjeta de plan de datos
 - Extracto bancario redactado con el cargo mensual resaltado
 - Carta de renovación anual para un plan telefónico del gobierno

Si actualmente no tiene servicio de telefonía celular, deberá enviar un recibo de activación de un proveedor de servicios, una factura mensual o la página de la cuenta desde la aplicación móvil. Tendrá 30 días para enviar el comprobante de servicio después de recibir el dispositivo. Este requisito se aplica tanto a teléfonos inteligentes como a tabletas.