



申请 TechOWL 免费特殊电话

填写完成的申请表应交送至：

TechOWL 免费特殊电话计划

天普大学残障研究所

地址：**Ritter Annex 4, Room 430**

1301 Cecil B. Moore Avenue

Philadelphia, PA 19122

电子邮箱：**TDDP@temple.edu**

传真：**215-204-6336**

电话：**800-204-7428**

TTY：**711**

请保存此信息以备后续联络使用。

4/22

在您交送填写完成的申请表后，会发生什么：

- 我们将会处理您的申请。
- 我们将会向您寄送一封信，告知您您的申请是符合资格、填写不完整还是遭到拒绝。
- 信件将由天普大学发出。它不是帐单或垃圾邮件。
- 告诉我们您是否更改了您的联络信息。
- 整个流程将耗时 4-8 周。请耐心等待！

此免费特殊电话计划（宾夕法尼亚州电信设备分发计划）属于天普大学残障研究所的一个计划，由 TechOWL 与宾州公用事业委员会 (PUC) 联合执行。

申请 TechOWL 免费特殊电话

鉴于存在不退换政策，我们强烈建议您申请设备演示或借用。
请致电 **800-204-7428** 进行预约。

在提交申请表之前，我将会致电预约装置演示或借用。

我不想进行设备演示或借用。我了解，在我收到设备之后，我将无法退换。

您是否已经拥有类似于您要向 TechOWL 申请的装置的装置

（即：智能手机、平板电脑、带字幕的电话或扩音电话）？

是 否

如是，应该怎么做？ _____

如是，请勾选以下一个回答：

我的装置：

坏掉了，或只有偶尔能用

是借来的

无法满足我的需求，因为 _____

我将在以下地点使用此设备：（勾选一项） _____

家中

学校

工作场合

申请信息-由申请人填写（请以正楷填写）

姓名（姓） _____ （名） _____ （中间名） _____

地址（不接受邮政信箱） _____

所在城市 _____ 邮编 _____ 所在县 _____

电话区号/电话 _____ 出生日期 _____

电子邮箱 _____

协助您进行申请的人员，如有

姓名 _____ 关系 _____

电话区号/电话 _____ 电子邮箱 _____

18 岁以下申请人的父母或监护人

姓名（姓） _____ （名） _____ （中间名） _____

电话区号/电话 _____ 电子邮箱 _____

您必须附上**申请人**最近的收入证明。收入证明的示例包括 W-2 表格、1099 表格，或退休金和/或社会安全补助金的获准信函。如果您需要您的社会安全补助金的帐单副本，请致电 1-800772-1213。我们不接受银行账单或 1040 税表。

居住在此（申请人）住址的人员人数（包括申请人）： _____

其他申请人信息（必填）

使用免费特殊电话计划的原因

- 我买不起装置
- 这个装置只能通过免费特殊电话计划获得
- 我可以不使用其他计划，但系统太复杂了和/或等待时间太长了

您从哪里听说了我们？

- 朋友/亲人
- 支持人员
- 网络
- 宣传册/传单
- _____ 的演示/展示
- 其他（请注明） _____

如要申请免费的无线设备，请完成以下问题：

您目前是否有订阅手机套餐？ 是 No

如您勾选“是”，手机套餐名称是什么？

（随附您当前手机帐单、数据卡购买收据的副本或其他服务证明。）

如您勾选“否”，您是否能够获得手机套餐？ 是 否

您之前用过无线设备吗？ 是 否

您目前是否正在使用以下任一类科技产品？（勾选所有适用项）：

- 助听器
- 人工耳蜗
- 语音生成设备
- 中继转发设备（IP、VRS、TTY、STS、VCO、HCO、带字幕的电话）
- 其他（请列出） _____
- 不适用

请注意：如要申请免费的无线设备，您必须开通并持有手机公司的手机套餐。

选填

人种：

- 黑人或非裔美国人
- 亚洲人或亚裔美国人
- 白人或高加索人
- 美洲印第安人或阿拉斯加原住民
- 其他（请注明）_____
- 不愿作答

种族：

- 西班牙裔
- 非西班牙裔

性别：

- 男性
- 女性
- 其他
- 不愿作答

必填：申请人的声明及签名

重要提示：请在签名并签署日期后的 **30 日内**提交您的申请。

- 我保证此申请表及证明文件中提供的全部信息均属实、完整和准确。
- 我了解，如果我故意提供虚假信息，我可能遭受法律诉讼。
- 我允许计划官员验证我所提供的信息。
- 我保证我已阅读、理解和接受此申请表中说明的全部条件，并且有能力学会使用我所选择的设备。
- 我了解，我不可以出售、给出或借出我通过计划获得的任何设备。
- **仅适用于免费的无线设备：**我将负责获取与装置相关的全部服务，包括激活费、每月服务套餐、软件和应用更新，并将使用设备获取电话和电信相关服务，例如视频转译、电邮和发送短信。
我将在收到手机服务套餐的 30 天内激活我收到的设备。如果我未能提供手机服务套餐的证明，我将来可能无法获得来自 TechOWL 的服务。

申请人签名_____ 日期_____

针对 18 岁以下申请人
父母/法定监护人/签名

_____ 日期_____

*演示中心：如果您难以确定哪个装置对您有用，请联络或到访我们的任意辅助技术区域中心 (ATRC)。您也可以从我们的借出馆申请设备试用。

网站：TechOWLpa.org 电子邮箱：TDDP@temple.edu

电话：800-204-7428

请以正楷清晰填写或打字。所有信息均必须由专业人员填写完成。（交送至：
TDDP@temple.edu 或传真：215-204-6336）

申请人姓名

（姓）_____（名）_____（中间名）_____

请勾选一项。我是：

- 听力学家
- 医师
- 言语病理学家
- 医师助理
- 职业康复顾问
- 注册执业护士
- 验光师
- 眼科医师
- 服务专业人员（服务于聋人、重听人和聋盲人的公立或私立机构、独立生活中中心员工、持证辅助技术专业人员）

请勾选要证明的残障情况：

- 认知*
- 聋
- 盲
- 聋盲
- 视力低下
- 重听
- 生理*
- 言语

*如果您标记了认知或生理残障，请解释说明为什么申请人需要特制手机和/或无线设备，和/或明确指出对申请人有帮助的辅助功能（即：为手不灵巧的申请人提供语音服务，为认知功能受损的申请人提供贴有照片的记忆键）

提供证明的专业人员

全名 _____

职衔 _____ 所属机构 _____

宾州专业人员执照编号，如适用 _____

电话区号/电话 _____ 传真 _____

电子邮箱 _____

我证明，上述列名的申请人存在所示的残障情况，他们需要此技术以独立获取电信服务。

证明人签名 _____ 日期 _____

在提交您的申请之前，请阅读此清单并勾选方框以确保您的申请填写完成。未能提交所有项目将会导致延迟。请保存一份完整的填毕申请以作存档。

- 申请填写完整，所有问题均已回答，所有空格均已填入内容。
- 残障证明填写完整（由表格中所列的提供证明的专业人员填写）。
- 装置选型表填写完整，含一件对您有用的装置和/或信号装置。

提交含有以下信息的文件复印件：

- 附有申请人姓名和当前街道地址的宾州居住证明——包括以下任一文件：
 - 当前有效的驾照
 - 非驾驶员身份证卡
 - 公用设施帐单
 - 标有日期的社会安全通信
 - W-2 表格副本
 - 学校成绩单
 - 预先印上申请人姓名和当前街道地址的其他证明文件。
- 申请人收入证明（收入证明示例包括 W-2 表格、1099 表格，或退休金和/或社会安全补助金的获准信函。如果您需要您的社会安全补助金的帐单副本，请致电 1-800-772-1213）。必须填入您最近的信息。我们不接受银行账单或 1040 税表。
- 仅适用于免费的家用电话：最近的电话服务帐单证明（例如：如果您在 5 月签了申请，请提交四月帐单。）发送完整帐单。我们必须知道您的家中使用的是哪类服务才能确定您所申请的设备是否适用。
- 仅适用于免费的无线设备。无线设备证明——包括以下任一文件：
 - 当前手机月账单的副本
 - 数据套餐的购买收据
 - 标有每月收费的经涂黑银行账单
 - 政府电话套餐的年度续订信

如果您目前没有手机服务，您将需要提交服务提供商的激活收据，每月帐单或移动应用程序的账户页面。在收到设备后，您将有 30 天的时间提交服务证明。此要求适用于智能手机和平板电脑。