



Estado de Rhode Island
 Departamento de Servicios Humanos
 Oficina de Servicios de Rehabilitación



**Programa de equipos telefónicos
 adaptables en préstamo (ATEL)**

40 Fountain Street ~ Providence, RI 02903
 401-486-3325 ~ 401-222-3574 FAX

**SOLICITUD DE ATEL PARA
 DISPOSITIVOS DE LÍNEA FIJA/PARTICULAR**

Nombre _____
 (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre) (Apellido)

Domicilio _____
 (Calle) (N.º de apartamento)
 _____ RI _____
 (Ciudad) (Estado) (Código postal)

N.º de teléfono (401) _____ N.º de celular _____

Últimos 4 dígitos de su N.º de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento
 ____/____/____

¿Tiene Wi-Fi? no sí, dirección de correo electrónico: _____

¿Cuál es su proveedor de servicio telefónico particular?

¿Cómo recibe sus mensajes? correo de voz contestador automático de ninguna manera

¿Usted o algún integrante de su familia recibió un equipo del programa de ATEL?

sí no

¿A quién debemos contactar para programar una cita/entrega?

a mí otra persona Nombre _____

Relación _____ N.º de teléfono durante el día _____

¿CÓMO LE GUSTARÍA RECIBIR SU EQUIPO?

S
E
L
E
C
C
I
O
N
E

Lo antes posible, favor de enviar el equipo vía FedEx

No puedo instalar los dispositivos telefónicos y me gustaría esperar aproximadamente **de 3 a 4 semanas para una visita a domicilio**, dependiendo de la duración de la lista de espera y la disponibilidad de equipos. Las citas se programan entre las 9 a. m. y las 4 p. m., en intervalos de 2 a 3 horas).

No escriba en este recuadro. Solo para uso interno.

N.º de caso _____

Fecha de recepción _____

DISCAPACIDAD IDENTIFICADA POR UNO MISMO

Debe ser hipoacúsico, tener dificultad auditiva, ser hipoacúsico-ciego, tener dificultad auditiva y discapacidad visual, tener un trastorno del habla o una discapacidad neuromuscular para calificar para el programa de ATEL.

S E L E C C I O N E	<input type="checkbox"/>	Hipoacúsico
	<input type="checkbox"/>	Dificultad auditiva
	<input type="checkbox"/>	Hipoacúsico-ciego
	<input type="checkbox"/>	Dificultades auditiva Y discapacidad visual (puede no tener <u>solo discapacidad visual</u>)
	<input type="checkbox"/>	Trastorno del habla _____
	<input type="checkbox"/>	Discapacidad neuromuscular (como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, parálisis) _____

SELECCIÓN DE DISPOSITIVO TELEFÓNICO DE LÍNEA FIJA/PARTICULAR

El programa de ATEL puede entregar solo **UN** dispositivo por familia.

S E L E C C I O N E	<input type="checkbox"/>	Teléfono simple amplificado con botones grandes
	<input type="checkbox"/>	Teléfono simple amplificado con botones grandes <u>CON contestador automático.</u>
	<input type="checkbox"/>	Teléfono amplificado inalámbrico.
	<input type="checkbox"/>	Teléfono amplificado inalámbrico <u>CON contestador automático.</u>
	<input type="checkbox"/>	Teléfono con subtítulos (personas sordas y con dificultad auditiva que necesitan leer su conversación, SE REQUIERE INTERNET)
	<input type="checkbox"/>	Altavoz manos libres (personas con incapacidad para sostener o marcar un teléfono estándar)
	<input type="checkbox"/>	Dispositivo generador de voz (voz baja/necesidad de salida de voz amplificada).
	<input type="checkbox"/>	Dispositivo generador de voz (sin habla/necesidad de escribir en un teclado su conversación).
	<input type="checkbox"/>	Me gustaría un dispositivo de emergencia que llame al 911, sin tarifa mensual.
<input type="checkbox"/>	No estoy seguro/a, me gustaría recibir asistencia para tomar una decisión.	

A. PAUTAS SOBRE LOS INGRESOS DEL SOLICITANTE

El ingreso bruto por familia debe ser inferior al 250 % del nivel de pobreza para calificar para el programa. El ingreso bruto por familia incluye salarios, ingreso de pensión o Seguro Social si corresponde; en caso contrario, el solicitante debe participar en un programa para el que reúna los requisitos.

Marque todos los casilleros que correspondan:

Cumpló con el requisito de ingresos que se indica a continuación.

Número de integrantes de mi familia: ____ El ingreso bruto anual por familia es: _____

Número de integrantes de la familia	Pautas de elegibilidad/inferior al 250 % del nivel de pobreza		
1	\$32,200	\$2,683	por mes
2	\$43,550	\$3,629	por mes
3	\$54,900	\$4,575	por mes

Recibo uno de los programas calificados, marque con un círculo todas las opciones que correspondan:

- cupones para alimentos, Medicaid, seguro de ingreso suplementario (SSI), Rite Care, programa de independencia familiar, asistencia pública general, asistencia farmacéutica para

personas mayores de Rhode Island (RIPAE) (niveles de asistencia del 60 % y del 30 %) o servicio telefónico LifeLine.

No soy elegible, pero me gustaría recibir información sobre otros recursos disponibles.

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Constancia de elegibilidad

- ✓ Proporcione verificación de ingresos o copia de tarjeta o carta de elegibilidad que demuestre la admisión o participación en el programa de bajos ingresos elegible.

Constancia de discapacidad adjunta a la solicitud

- ✓ Certificado firmado de discapacidad que debe completar una de las siguientes personas: 1) un médico, 2) un patólogo del habla, 3) un audiólogo, 4) un consejero de rehabilitación de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o 5) un miembro del personal educativo de la Escuela para Hipoacúsicos de RI (solo si el solicitante asiste o asistió a dicha escuela).

Entiendo que esta información será estrictamente confidencial y solo se usará según se requiera para brindar asistencia, elaborar informes y realizar auditorías. Mi firma a continuación autoriza al programa de ATEL a contactarse con mi proveedor telefónico para verificar el servicio. Por la presente certifico que todas las declaraciones que realicé en este formulario de solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Mientras reciba los servicios, acuerdo notificar a la agencia en caso de que haya algún cambio en la información proporcionada en este formulario.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre en letra de imprenta y, en caso de no ser el solicitante, relación con el solicitante
(En caso de ser menor de 18 años, debe firmar el padre o tutor)

ENVÍE SU SOLICITUD Y TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS POR CORREO A:

**Departamento de Servicios Humanos
Oficina de Servicios de Rehabilitación
ATEL Program, 5TH Floor
40 Fountain Street,
Providence, RI 02903**