

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_



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

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

Para que lo complete una de las siguientes personas: un médico, un audiólogo, un patólogo del habla, un consejero de rehabilitación de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o un miembro del personal educativo de la Escuela para Hipoacúsicos de RI (solo si el solicitante asiste o asistió a dicha escuela).

Nota para el profesional: El solicitante mencionado arriba busca verificar su discapacidad para calificar y recibir un dispositivo telefónico adaptable por parte del estado de Rhode Island. Se atienden tres grupos de discapacidad: discapacidad del habla, pérdida auditiva o hipoacusia y discapacidad neuromuscular (incapacidad para marcar o sostener un auricular), **SOLO PÉRDIDA DE VISIÓN** no está cubierta.

**Discapacidad (elijá una opción):**

Hipoacusia  Dificultad auditiva  Hipoacusia-Ceguera  Dificultad auditiva-Discapacidad visual

Discapacidad del habla \_\_\_\_\_.

Daño o enfermedad neuromuscular (especifique, por ejemplo, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis grave, etc.) \_\_\_\_\_.

1. Proporcione una breve descripción de la discapacidad y de qué manera afecta el uso del teléfono (por ejemplo, pérdida auditiva: se beneficiaría del uso de un amplificador; afásico: puede entender una conversación pero no puede hablar; o trastorno neuromuscular: no puede marcar en el teléfono pero puede hablar y escuchar la conversación, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

2. Si el solicitante pide una aplicación de iPhone/iPad específica. Proporcione el nombre de la aplicación y el motivo de la solicitud.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Por la presente certifico que la persona mencionada arriba tiene una discapacidad que le impide usar un teléfono estándar. La información proporcionada en este formulario es precisa y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier intento por brindar información fraudulenta se procesará judicialmente.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la oficina o agencia

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional

\_\_\_\_\_  
Domicilio

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del profesional

\_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal

\_\_\_\_\_  
N.º de licencia

\_\_\_\_\_  
N.º de teléfono

**DEVUELVA EL FORMULARIO A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ARRIBA**

No escriba debajo de esta línea. Solo para uso interno.

Fecha de recepción \_\_\_\_\_