



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 INALÁMBRICOS

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 ____/____/____

Dirección de correo electrónico: _____

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

no sí

¿A quién debemos contactar para programar una entrega?

a mí otra persona Nombre _____

Relación _____ N.º de teléfono durante el día _____

DISCAPACIDAD IDENTIFICADA POR UNO MISMO (PUEDE NO TENER SOLO DISCAPACIDAD VISUAL) Debe ser hipoacúsico, tener dificultad auditiva, ser hipoacúsico-ciego, tener dificultad auditiva, discapacidad visual, tener un trastorno del habla o una discapacidad neuromuscular para calificar para el programa de ATEL.

- Hipoacúsico
- Dificultad auditiva
- Hipoacúsico-ciego
- Dificultad auditiva Y discapacidad visual
- Trastorno del habla _____
- Discapacidad neuromuscular (como esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, artritis reumatoide, parálisis) _____

No escriba en este recuadro. Solo para uso interno.

N.º de caso _____ Fecha de recepción _____

DISPOSITIVO INALÁMBRICO

El programa de ATEL proporciona **SOLO DISPOSITIVOS INALÁMBRICOS** desbloqueados (excepto Jitterbug). El cliente es responsable de elegir y activar su plan de servicio inalámbrico.

Marque UN casillero:

DISPOSITIVOS INTELIGENTES

Si desea recibir un teléfono inteligente, ofrecemos un iPhone o un Google Pixel. Si bien los iPhones son dispositivos muy populares, si tiene pérdida auditiva, hay algunas funciones adicionales que solo un dispositivo Google Pixel ofrece:

- Subtitulado instantáneo: subtitula TODOS los medios en el dispositivo. Puede probar esta función con un video personal, un podcast o con cualquier otro medio.
- Transcripción instantánea y Grabadora de Google: subtitula conversaciones en persona (con o sin una conexión a Internet).
- Subtítulos para las llamadas telefónicas: puede hacer que su teléfono subtitule automáticamente o pedirselo cada vez que lo desee.

Android (Google Pixel)

iPhone

iPad

CELULAR FÁCIL DE USAR CON BOTONES GRANDES

Lively Flip (debe usar el servicio inalámbrico de Greatcall): celular fácil de usar con botones grandes, fácil de navegar con botones de SÍ/NO, marcación por voz, compatible con audífonos.

NO ESTOY SEGURO/A, ME GUSTARÍA RECIBIR ASISTENCIA PARA TOMAR UNA DECISIÓN

Favor de llamarme para analizar mis opciones

* **PUEDE SER ELEGIBLE PARA RECIBIR SERVICIOS INALÁMBRICOS GRATUITOS**

Con la aprobación de la Comisión Federal de Comunicaciones, los proveedores de servicios telefónicos inalámbricos comenzaron a ofrecer el servicio LifeLine a clientes de bajos ingresos elegibles. Los términos que estos proveedores ofrecen son diversos. Los usuarios deben comparar los términos para determinar qué proveedor es la mejor opción en función de sus necesidades. Estas cuentas de LifeLine se limitan a una por familia. Además, en estos momentos, los solicitantes no pueden recibir servicios de LifeLine en el teléfono del hogar. Los solicitantes pueden obtener un teléfono reacondicionado GRATUITO y/o un servicio inalámbrico GRATUITO en su celular personal.

Para obtener más información visite: <http://www.ripuc.ri.gov/utilityinfo/telecom/Lifeline.html> o llame al Centro de ayuda con el servicio LifeLine al 1-800-234-9473.

A. PROPÓSITO DEL PROGRAMA DE EQUIPOS TELEFÓNICOS ADAPTABLES EN PRÉSTAMO (ATEL)

El propósito principal del programa de ATEL es la telecomunicación y el propósito secundario es la comunicación. Al marcar el casillero a continuación, testifica que usará el iPad/iPhone para los propósitos específicos del programa de ATEL. Se rechazará la solicitud si no completa esta sección y el programa de ATEL retirará el dispositivo si falsifica información.

Al **colocar mis iniciales** a la derecha, testifico que comprendo y acuerdo cumplir con el **propósito** del programa de ATEL.

B. CRITERIOS DEL PROGRAMA DE EQUIPOS TELEFÓNICOS ADAPTABLES EN PRÉSTAMO (ATEL)

Los casilleros a continuación definen los criterios de cómo puede usarse el dispositivo inalámbrico conforme a los propósitos del Programa de Distribución de Equipos de Telecomunicación. Marque **AL MENOS** un casillero.

- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la comunicación por **correo electrónico**.
- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la comunicación por **llamada de voz y/o mensajes de texto. Por ejemplo: iMessage o Mensajes**.
- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la telecomunicación por el **servicio de retransmisión por video (VRS)**. Por ejemplo: Convo, Purple P3, Sorenson nTouch, ZVRS.
- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la telecomunicación por el **servicio telefónico con subtítulos por IP (IP CTS)**. Por ejemplo: ClearCaptions, Hamilton Cap-Tel.
- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la telecomunicación por **videollamada**. Por ejemplo: FaceTime, ooVoo, Skype.
- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la comunicación por **el servicio telefónico de voz sobre IP (VoIP)**. Por ejemplo: Google Voice
- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la telecomunicación mediante **aplicaciones de comunicación aumentativa y alternativa**. Por ejemplo: Proloquo2Go, iSpeech TTS.
- Al marcar este casillero, indico que usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la comunicación por **aplicaciones generadoras de voz**. Por ejemplo: Dragon Dictation.
- Al marcar este casillero, usaré el dispositivo inalámbrico para acceder a la comunicación por **un dispositivo especialmente diseñado para individuos con discapacidades físicas o de movilidad para sus necesidades específicas**. Por ejemplo: Un teléfono especial, sí/no de I Can Do Apps

- Si solicita aplicaciones específicas. Identifique las aplicaciones y el motivo de dicha solicitud. Si la aplicación tiene un costo, deberá obtener la firma de un médico, un patólogo del habla, un audiólogo, 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) para esta solicitud en el formulario de su certificado de discapacidad.

Al **colocar mis iniciales** a la derecha, testifico que comprendo y acuerdo cumplir con los criterios del Programa de equipos telefónicos adaptables en préstamo (ATEL).

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:

- Cumpro 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	\$37,650	\$3,138	por mes
2	\$51,100	\$4,258	por mes
3	\$64,550	\$5,379	por mes

- Recibo uno de los programas calificados a continuación, indique 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.

C. 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 de discapacidad firmado.

Entiendo que esta información será estrictamente confidencial y solo se usará según se requiera para brindar asistencia, elaborar informes y realizar auditorías. 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, CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD 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