إزالة حواجز الاتصال للأفراد
الصم ● ضعاف السمع ● المصابين بصمم متأخر ● المصابين بالصمم والعمى ● المصابين باضطرابات الكلام

طلب الحصول على أجهزة الاتصالات
Application for Telecommunication Equipment

المحتويات

صفحة الغلاف..... 1
معلومات البرنامج..... 2
دليل الأجهزة..... 4 – 5
الطلب..... 6 – 8*
* يجب عليك إعادة جميع الصفحات الثلاث لهذا النموذج.

يدير مكتب الصم وضعاف السمع (ODHH) برنامج توزيع أجهزة الاتصالات (TED). يوفر برنامج توزيع أجهزة الاتصالات أجهزة الاتصالات المتخصصة للأفراد الذين يعانون من ضعف السمع أو اضطرابات الكلام حتى يتسنى لهم إجراء الاتصالات عن بعد.

سكان ولاية واشنطن الذين تتجاوز أعمارهم 4 سنوات ويعانون من الصمم، أو ضعف السمع، أو المصابين بصمم متأخر، أو المصابين بالصمم والعمى أو المصابين باضطرابات الكلام مؤهلون لتقديم طلب للحصول على أجهزة الاتصالات.

يتضمن هذا الطلب المعلومات التي ستحتاج إليها لاستكمال الإجراءات. إن كانت لديك أية أسئلة أو احتجت إلى المساعدة في استكمال الطلب، يمكنك الاتصال ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات.

مكتب الصم وضعاف السمع
برنامج توزيع أجهزة الاتصالات

TED Program
PO Box 45301
Olympia, WA 98504-5301

(800) 422-7930 خدمة الاتصالات لضعاف السمع
(360) 725-3450 خدمة الاتصالات لضعاف السمع
(360) 725-3456 فاكس

الهاتف المرئي: 360-339-7382
البريد الإلكتروني: odhh@dshs.wa.gov
الموقع الإلكتروني: http://odhh.dshs.wa.gov

لاستلام الأجهزة، يجب عليك:

☐ استكمال طلب الحصول على أجهزة الاتصالات (الصفحات 6 – 8).
قد يتسبب الطلب غير الكامل في تأخير الخدمة.
سنرسل خطابًا في حالة عدم استيفاء طلبك أو رفضه.

☐ يرجى إرسال طلبك بالبريد إلى برنامج توزيع أجهزة الاتصالات على العنوان المذكور آنفًا أو أرسله إلكترونيًا إلى العنوان الإلكتروني odhh@dshs.wa.gov.

عند قبول طلبك أو البت فيه، سيتم ما يلي:

1. سنرسل إليك خطابًا يوضح تكلفة الأجهزة، إن وجدت.
2. إضافة اسمك إلى قائمة توزيع الأجهزة التالية.
3. إرسال الجهاز إليك.

لمزيد من المعلومات عن إجراءات التقدم بالطلب، انظر قسم الأسئلة الشائعة في معلومات البرنامج (صفحة 3).

تتاح الطلبات بطباعة كبيرة، وبطريقة برايل، وبلغات أخرى.
يمكنك الاتصال بمكتب الصم وضعاف السمع لاستصدار طلب بتنسيق بديل.

خدمة تحويل الاتصالات بولاية واشنطن (WATRS)
www.washingtonrelay.com

يمكن استخدام بعض أجهزة الاتصالات المتخصصة مع خدمة تحويل الاتصالات. تعد خدمة تحويل الاتصالات بمثابة خدمة مجانية تتيح تواصل الأفراد الذين يستخدمون أجهزة هاتفية متخصصة مع الأفراد الذين يستخدمون الهاتف العادي، والعكس صحيح.

- يمكن استخدام خدمة تحويل الاتصالات بمجرد الاتصال على 1-1-7.
- سيتم توصيلك بمشغل خدمة تحويل الاتصالات (RO) أو مساعد الاتصالات (CA).
- سيتصل مشغل خدمة تحويل الاتصالات برقم الهاتف المطلوب وينقل المحادثة بين الطرفين.

الأسئلة الشائعة

هل يمكن أن يتسبب دخلي في استبعادي من الحصول على الأجهزة عبر برنامج توزيع أجهزة الاتصالات؟

لا. يمكن لأي شخص يستوفي المؤهلات (صفحة 1) تقديم طلب الحصول على الأجهزة، بغض النظر عن الدخل.

هل يجب علي سداد قيمة الجهاز؟

يحصل العديد من العملاء على الأجهزة دون مقابل، إلا أن ذلك يحدده حجم الأسرة والدخل. نستخدم مقياسًا متدرجًا لتحديد تكلفة الجهاز عليك. سنرسل خطابًا يوضح إن كان الجهاز دون مقابل، أم سنخطرك بالمبلغ المستحق سداده.

يجب استلام المبلغ قبل أن يتسنى لنا إرسال الجهاز. **إن لم تتمكن من سداد المبلغ المستحق، يمكنك أن تطلب إعفاء.** لمزيد من المعلومات عن إجراءات الإعفاء، يرجى الاتصال ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات.

ما الدخل الذي يتعين الإبلاغ عنه؟

يجب عليك الإبلاغ عن أي من مصادر للدخل بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الأجور، وإعانات الإعاقة، ودخل التقاعد، والضمان الاجتماعي، والفائدة.

ما الأجهزة التي يمكنني الاختيار منها؟

يظهر دليل الأجهزة ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات (الصفحتان 4 – 5) أنواع الأجهزة المتاحة. يمكنك اختيار جهاز اتصالات واحد (1) مع ملحقات هذا الجهاز، إن وجدت، وجهاز إشارة واحد (1). يجب عليك تحديد نوع الجهاز المطلوب في الطلب (صفحة 7، القسم 3).

ما نوع خدمة الهاتف المنزلي المطلوبة؟

يمكن للعملاء تقديم طلب الحصول على هاتف نصي (TTY) أو خدمة الهاتف الأرضي ذي الصوت المضخم. لا تتوافق خدمات الإنترنت أو خدمات الهاتف التي تعتمد على الكيبل مثل تلك المقدمة بواسطة كومكاست أو الكيبل الموجي (ويف كيبل) مع أجهزة الهاتف النصي؛ ومع ذلك ستعمل مع أكثر أجهزة الهاتف ذات الصوت المضخم.

الأسئلة الشائعة (تابع)

من المتخصصون المصرح لهم بالتوقيع على نموذج طلبي؟

حدد المربع الذي يصف مهنة الفرد الموقع على نموذج الطلب. تشير القواعد الإدارية بولاية واشنطن رقم WAC 388-818-010 إلى التصريح للأفراد التالي ذكرهم باعتماد أهلية مقدم الطلب.

a. الشخص المرخص أو المعتمد بواسطة إدارة الصحة لأغراض تقديم خدمات الرعاية الصحية في ولاية واشنطن؛

b. اختصاصي السمعيات أو مسؤول تركيب/ توزيع أجهزة المساعدة في السمع بولاية واشنطن؛

c. اختصاصي الصمم أو المنسق بأحد مراكز الخدمات المجتمعية المخصصة للصم وضعاف السمع في الولاية؛

d. أية مؤسسة غير ربحية داخل الولاية تخدم الذين يعانون من ضعف السمع أو اضطرابات الكلام.

e. طاقم العمل من وكالة معتمدة بولاية واشنطن؛

f. استشاري إعادة التأهيل المهني في ولاية واشنطن؛

g. اختصاصي المصابين بالصمم أو العمى أو المنسق بمؤسسة تخدم الأفراد المصابين بالصمم أو العمى في ولاية واشنطن؛

h. اختصاصي العلاج الوظيفي المعتمد في ولاية واشنطن؛

i. اختصاصي اضطرابات الكلام المعتمد الممارس في ولاية واشنطن؛

j. أخرى: اكتب مهنتك وأضف معلومات الاتصال للتحقق من البرنامج.

لقد استلمت الجهاز من قبل. هل يمكنني إعادة التقديم للحصول على جهاز جديد؟

أنت مؤهل لإعادة التقديم للحصول على جهاز جديد بعد ثلاث (3) سنوات **فقط في حالة** عدم تشغيل جهازك الحالي المقدم من برنامج توزيع أجهزة الاتصالات **أو** أنه لم يعد يلبي احتياجاتك. إن استلمت الجهاز دون مقابل، قد يطلب منك إعادة الجهاز قبل أن نتمكن من تسليمك جهازًا جديدًا. لمزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات.

متى سأستلم الجهاز؟

يمكن أن تستغرق إجراءات استلام الجهاز من أربعة (4) حتى ثمانية (8) أسابيع استنادًا إلى توفر المخزون. تشحن أغلب الأجهزة مباشرة إليك. يجب تسليم بعض الأجهزة المتخصصة بواسطة مدرب متعاقد بواسطة برنامج توزيع أجهزة الاتصالات.

في حالة تسليم الجهاز بواسطة مدرب، فإنه سيتواصل معك لتحديد موعد ووقت لمقابلتك أنت والأفراد الآخرين المهتمين. سيتم شحن أغلب أجهزة آيباد وآيفون مباشرة إلى العميل بواسطة المورد المتعاقد من خلال شركة الشحن السريع يو بي إس وسيتعين التوقيع على استلام هذه الشحنة.

يوفر برنامج توزيع أجهزة الاتصالات خدمات التوصيل والتدريب دون مقابل.

دليل أجهزة الاتصالات

يعني هذا القسم بمساعدة مقدمي الطلبات والمتخصصين في تحديد الجهاز الأكثر ملاءمة لتلبية احتياجات مقدم الطلب.

يجب تحديد نوع الجهاز في الطلب.

يؤهل مقدمو الطلبات لاستلام ما يلي:

جهاز اتصالات **واحد (1)** **و** جهاز إشارة **واحد (1)**.
مع الملحقات الخاصة بهذا الجهاز، إن توفرت.

- يجب تسليم الجهاز المشار بجانبه علامة نجمية (*) بواسطة مدرب مؤهل. لن يتم شحن هذا الجهاز. يحال مقدمو الطلبات الذين يختارون هذا الجهاز إلى المدرب بشكل تلقائي.
- تخضع جميع الطرازات للتغيير.

أجهزة الاتصال المتخصصة

الهاتف ذو الصوت المضخم
للأفراد الذين يعانون من ضعف سمع طفيف إلى متوسط

- يعمل مثل الهاتف العادي
- يستخدم مكبر الصوت للاستماع إلى المحادثة المنطوقة.
- يمكن ضبط درجة الصوت والنبرة لتلبية الاحتياجات المحددة.

نماذج الهواتف السلكية المتاحة:
- هاتف كلاريتي ألتو
- هاتف كلاريتي ألتو بالإضافة إلى معرف هوية المتصل

نماذج الهواتف اللاسلكية المتاحة:
- باناسونيك KX-TGM403B مع معرف هوية المتصل

الملحقات:
- حلقة الرقبة (إن كيه إل)

أجهزة آيباد أو آيفون – تتاح مع خيارات الاتصال الخلوي أو اتصالات واي فاي فقط*

للوصول إلى الاتصالات الخلوية أو الاتصالات التي تعتمد على واي فاي.

تتوفر أجهزة آيباد وآيفون مع حافظة واقية (مطلوبة للمحافظة على الضمان). يتاح للعملاء اختيار جهاز آيباد، أو آيباد ميني، أو آيفون. توزع الأجهزة بشكل محدد لتوفير الاتصالات عبر شبكة خلوية أو شبكة واي فاي وسيتولى شحنها إليك المورد المتعاقد.

الهاتف النصي (TTY)

للأفراد المصابين بضعف سمع شامل و/ أو اضطرابات الكلام

- التواصل بالكتابة.
- تظهر الرسائل على شاشة العرض ويمكن طباعتها كذلك.
- تتم المحادثات من خلال تناوب الأدوار.
- قد يتطلب الجهاز الاستعانة بخدمة تحويل الاتصالات بولاية واشنطن.
- يتطلب الجهاز خدمة هاتف أرضي تناظري.

جهاز الحنجرة الكهربائية ترو تون إيموت

للأفراد المصابين باستئصال الحنجرة.

- استخدم وسيلة المساعدة الإلكترونية للكلام في التواصل.
- تسمح الحنجرة الاصطناعية بإصدار نغمة طبيعية عند التحدث.
- يشحن الجهاز إلى العميل مباشرة.
- يمكن استخدام الجهاز مع خدمة مرحل تقويم الصوت بولاية واشنطن.

يجوز أن تتاح أجهزة الاتصالات المتخصصة الأخرى للأفراد ذوي الاحتياجات المحددة.

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات (انظر معلومات الاتصال بالصفحة رقم 1).

الإشارات النغمية

الإشارة النغمية المسموعة

- إشارات نغمية عند رنين الهاتف الأرضي.
- يمكن ضبط درجة الرنين لتلبية الاحتياجات المحددة.

الإشارة النغمية المضاءة

- يتم توصيل الجهاز بمصباح.

يضيء المصباح عند رنين الهاتف.

إخلاء مسؤولية: يخضع مصنع الجهاز/ الطرازات للتغيير.

طلب الحصول على أجهزة الاتصالات
Application for Telecommunication Equipment

DSHS WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Office Use Only (للاستخدام الإداري فقط)
Date Received

يجوز إعادة الطلبات غير المستوفاة وسيترتب عليها تأخير الخدمة.
يرجى التأكد من استكمال جميع الحقول **"المطلوبة"**. **الطباعة أو الكتابة بوضوح.**
عندما تستكمل الطلب، **أرفق الصفحات من 6 إلى 8 وأرسلها بالبريد إلى:**

TED Program
PO Box 45301
Olympia, WA 98504-5301

كيف سمعت عن برنامج توزيع أجهزة الاتصالات؟
☐ صديق أو فرد من أفراد الأسرة ☐ مجلة أو نشرة إخبارية
☐ اختصاصي طبي ☐ عرض تقديمي أو جناح المعلومات
☐ إعلان تلفزيوني ☐ وسيلة أخرى:

هل سبق لك استلام جهاز من برنامج توزيع أجهزة الاتصالات من قبل؟
☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

القسم 1: معلومات مُقدِّم الطلب

1- اسم العائلة، الاسم الأول، أحرف الاسم الأوسط

2- النوع
☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير ذلك:

3- عنوان المنزل (يشمل رقم الشقة) | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

4- العنوان البريدي (إن كان مختلفًا) | المدينة | الولاية | الرمز البريدي

5- اسم المجتمع/ المنشأة (مثل دار رعاية المسنين، مجمع سكني)

6- المقاطعة

رقم الهاتف (يشل رمز المنطقة)
☐ الاتصال الصوتي
☐ إجراءات الاتصالات الصوتية ☐ الهاتف النصي

8- رقم الهاتف الخلوي (يشمل رمز المنطقة)
☐ الاتصال الصوتي
☐ إجراءات الاتصالات الصوتية ☐ الهاتف النصي

9- عنوان البريد الإلكتروني

10- أفضل وقت للاتصال

11- رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)

12- تاريخ الميلاد (مطلوب لتحديد الأهلية)

13- مسؤول الاتصال البديل/ الرسالة
الاسم:

الصلة

رقم الهاتف (يشل رمز المنطقة)
☐ الاتصال الصوتي
☐ إجراءات الاتصالات الصوتية ☐ الهاتف النصي

عنوان البريد الإلكتروني

القسم 2: الملف الشخصي

1- **المعلومات المالية (مطلوبة):**
حجم الأسرة: | الدخل الشهري: دولار أمريكي | الدخل الشهري: دولار أمريكي

2- الإعاقة (مطلوبة لتحديد الأهلية)
☐ صمم ☐ إعاقة بالسمع – البصر
☐ ضعف السمع ☐ اضطرابات الكلام
☐ إصابة متأخرة بالصمم

3- بالإضافة إلى فقدان السمع أو اضطرابات الكلام:
أ- هل تعاني من ضعف الرؤية؟ ☐ نعم ☐ لا
ب- هل أنت كفيف؟ ☐ نعم ☐ لا
ج- هل تعاني من قدرة محدودة على الحركة؟ ☐ نعم ☐ لا

4- تفضيلات التواصل
أ- لغة الإشارة:
☐ لغة الإشارة الأمريكية (ASL)
☐ لغة الإشارة العامية الإنجليزية (PSE)
☐ لغة الإشارة الإنجليزية الدقيقة (SEE)
☐ اللمس

ب- اللغة المنطوقة:
☐ اللغة المنطوقة
☐ قراءة الشفاة

ج- ☐ الكتابة
د- ☐ أخرى: _____

هـ- ما اللغة التي تتحدثها؟
☐ الإنجليزية ☐ أخرى: _____

و- هل تحتاج إلى مترجم؟ ☐ نعم ☐ لا

قص الطلب

5- هل أنت من أصل إسباني؟ ☐ نعم ☐ لا

يعني السؤال عن الإسباني/ الأصل الإسباني/ اللاتيني بالأصل العرقي وليس العرق. يرجى متابعة الإجابة على السؤال التالي من خلال تحديد مربع واحد أو أكثر لتوضيح ما تعنيه بعرقك (حدد كل ما ينطبق):

☐ أبيض ☐ أمريكي من أصل هندي أو من سكان ألاسكا الأصليين ☐ من سكان هاواي الأصليين أو سكان جزر المحيط الهادي
☐ أمريكي أسود البشرة أو من أصل إفريقي ☐ آسيوي ☐ عرق آخر

القسم 3: اختيار الأجهزة

اختر جهاز اتصالات واحد وجهاز إشارة واحد.

<u>الهاتف المنزلي ذو الصوت المضخم</u> (خدمة الهاتف الأرضي مطلوبة):

☐ الهاتف السلكي مع معرف هوية المتصل ☐ الهاتف اللاسلكي ذو الصوت المضخم
☐ الهاتف السلكي – دون معرف هوية المتصل

<u>الهاتف المنزلي الذي يعتمد على النص</u> (مطلوب خدمة الهاتف الأرضي التناظري) ☐ الهاتف النصي

<u>الأجهزة اللاسلكية</u> (* يتم إلغاء قفل الأجهزة الخلوية ويمكن ضبطها مع أي مقدم خدمة للهاتف الخلوي) يتحمل العميل مسؤولية تكلفة خدمة الاتصالات الخلوية ولا يغطيها برنامج توزيع أجهزة الاتصالات):

☐ آيباد ☐ آيباد ميني ☐ آيفون

** يتاح اتصال واي فاي فقط بأجهزة آيباد. إن احتاج العميل إلى جهاز آيباد يعتمد على الاتصال الخلوي، حدد المربع التالي: ☐ إمكانية توفير الاتصال الخلوي، * **و**يرجى تقديم سبب للطلب الخاص: _____

اسم شركة الهاتف الخلوي: _____

<u>أجهزة الإشارة</u> – الهواتف الأرضية فقط. لا تتوافق مع الأجهزة اللاسلكية.

☐ الرنين المرتفع ☐ الرنين الوامض

يمكن إتاحة أجهزة متخصصة للعملاء الذين يعانون من اضطرابات الكلام.

☐ جهاز الحنجرة الكهربائية ترو تون إيموت ☐ جهاز آخر: _____

يشحن الجهاز إلى العميل مباشرة.

من خلال التوقيع على القسم رقم 4 أدناه، تصرح لمكتب الصم وضعاف السمع بإخطار المورد المتعاقد باسمك، وعنوانك البريدي، ومعلومات الاتصال والإعاقة المحددة في هذا الطلب لأغراض شحن الجهاز وتوفير الضمان وخدمات الدعم الفني.

القسم 4: توقيع العميل

أدرك أن الجهاز الذي استلمته دون مقابل حصلت عليه على سبيل الإعارة وسيظل ملكًا لولاية واشنطن.

أدرك أنه يجب علي حماية الجهاز من الضرر. يجب علي حماية الجهاز من الضرر الذي يمكن أن يحدث بسبب المطر، والحرارة، وإساءة الاستخدام الفعلية.

أدرك أنه في حالة إساءة استخدام الجهاز، قد لا أكون مؤهلاً لاستلام جهاز بديل.

في حالة **<u>فقدان أو سرقة</u>** الجهاز، سأبلغ برنامج توزيع أجهزة الاتصالات، وسأبلغ الشرطة. أدراك أنه يجب علي إرسال نسخة من محضر الشرطة إلى برنامج توزيع أجهزة الاتصالات.

في حالة انتقالي، سأخطر برنامج توزيع أجهزة الاتصالات بعنواني ورقم هاتفي الجديد.

إن انتقلت إلى خارج ولاية واشنطن، أدرك أنه قد يتعين علي إعادة الجهاز إلى برنامج توزيع أجهزة الاتصالات قبل مغادرة ولاية واشنطن.

أدرك أنه لا يمكنني بيع الجهاز، أو رهنه، أو إقراضه إلى أي شخص لأي سبب كان.

في حالة **<u>كسر</u>** الجهاز، لن أحاول إصلاحه بنفسي. سأتصل ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات للحصول على التعليمات.

أدرك أنه في حالة مواجهة مشكلات مع جهاز آيباد، سيتم تقديم جميع الخدمات بواسطة ممثل برنامج توزيع أجهزة الاتصالات أو "تيلتكس" من خلال التعليمات المذكورة في/ على صندوق جهاز آيباد.

أدرك أنه لا يمكنني أخذ جهاز آيباد إلى أبل ستور ولا يمكنني الاتصال بمركز خدمة أبل للمساعدة بخصوص جهاز آيباد الخاص ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات.

أدرك أنه يجب الاحتفاظ بجهاز آيباد في الحافظة الواقية المرفقة مع الجهاز.

أدرك أن جهاز آيباد مورد لأغراض الاتصالات البعيدة.

أشهد (أو أقر) تحت عقوبة الحنث بالقسم بموجب قوانين ولاية واشنطن أن المعلومات الواردة في هذا النموذج حقيقية وصحيحة.

1- التوقيع	التاريخ
2- الشخص الذي استكمل الطلب (إن اختلف عن مقدم الطلب) الاسم	الصلة
رقم الهاتف (يشل رمز المنطقة) ☐ الاتصال الصوتي ☐ إجراءات الاتصالات الصوتية ☐ الهاتف النصي	عنوان البريد الإلكتروني

القسم 5: إقرار المتخصص

يجب على المتخصص التوقيع على الطلب لإقرار الإصابة بفقدان السمع أو اضطرابات الكلام.

تعليمات إلى "المتخصص": يجب أن تكون مصرحًا للعمل في ولاية واشنطن للتحقق من إصابة مقدم الطلب بفقدان السمع أو اضطرابات الكلام. **من خلال التوقيع أدناه، تؤكد على درايتك بدرجة إصابة مقدم الطلب بفقدان السمع أو اضطرابات الكلام وتعتقد أن مقدم الطلب يمكنه الاستفادة من الجهاز المطلوب في القسم رقم 3 أعلاه.**

يرجى الاتصال ببرنامج توزيع أجهزة الاتصالات إن احتاج مقدم الطلب إلى أجهزة اتصالات متخصصة.

1- معلومات المتخصص: ☐ طبيب ☐ مسؤول تركيب/ توزيع الأجهزة السمعية ☐ اختصاصي السمعيات ☐ موظف حكومي بالولاية ☐ اختصاصي في الإعاقة السمعية ☐ استشاري إعادة التأهيل المهني ☐ مندوب مؤسسة غير ربحية ☐ اختصاصي الإصابة بالصمم والعمى ☐ اختصاصي العلاج المهني ☐ اختصاصي اضطرابات الكلام ☐ أخرى: مطلوب معلومات الاتصال بالمتخصص (رقم الهاتف و/ أو وعنوان البريد الإلكتروني) للتقييم من قبل البرنامج.	2- إقرار المتخصص التوقيع التاريخ الاسم والوظيفة بخطٍ واضح رقم الهاتف عنوان البريد الإلكتروني رقم الترخيص/ الشهادة (حسب الاقتضاء)