DSHS
WASHINGTON STATE
Department of Social and Health Services

为有以下状况的人消除沟通障碍：
失聪 • 听力困难 • 后天失聪 • 失聪-失明 • 言语障碍

电信设备申请表
Application for Telecommunication Equipment

失聪者与听力障碍者服务处(ODHH)运营着一项电信设备分发(TED)计划。TED 计划为失聪或语言障碍者提供专门的电信设备，以便他们能够进行远程通信。

华盛顿州 4 岁及以上有失聪、听力困难、后天失聪、失聪-失明或语言障碍的居民有资格申请获得电信设备。

此申请包含您完成该流程所需的信息。如果您有任何疑问或需要帮助填写申请表，您可以联系 TED 计划。

目录

封页 1
计划信息 2
设备目录 .....4 - 5
申请 .....6 – 8*

* 您必须返还此表格的全部三页。

失聪者与听力障碍者服务处
电信设备分发计划

TED Program
PO Box 45301
Olympia, WA 98504-5301

(800) 422-7930，V/TTY
(360) 725-3450，V/TTY
(360) 725-3456，传真

视讯电话： 360-339-7382
电子邮件：odhh@dshs.wa.gov
网址：http://odhh.dshs.wa.gov

要获得设备，您必须：

☐ 填写电信设备申请表（第 6 - 8 页）。

申请表填写不完整可能会导致服务延迟。

如果您的申请表填写不完整或被拒绝，我们将向您发送信件。

☐ 请通过上述地址将您的申请表邮寄至 TED 计划，或以电子方式发送至 odhh@dshs.wa.gov。

当我们收到并处理了您的申请表后，我们将：

1. 向您发送一封信函，说明设备的费用（如果有）。
2. 将您的姓名添加到下一个设备分发列表中。
3. 将设备发给您。

有关申请流程的更多信息，请参阅“计划信息中的常见问题”（第 3 页）。

申请表采用大字版、盲文和其他语言。
您可以联系 ODHH，索要采用其他格式的申请表。

华盛顿电信中继转接服务(WATRS)
www.washingtonrelay.com

中继转接服务可能需要使用一些专用电信设备。中继转接服务是一项免费服务，旨在帮助使用专用电话设备的人士与使用标准电话的人士进行通话，反之亦然。

- 要使用中继转接服务，只需拨打 7-1-1。
- 您将被转接给转接话务员(RO)或通讯助理(CA)。
- RO 将拨打被叫号码，并转接两人之间的通话。

常见问题解答(FAQ)

我的收入是否不符合通过 TED 计划获得设备的资格？

不。任何符合资格（第 1 页）的人，无论收入多少，都可以申请设备。

我需要支付设备费用吗？

许多客户会收到免费设备，但这取决于家庭人口和收入。 我们使用浮动费率来确定您的设备费用。我们会向您发送一封信函，说明设备是否免费，或者告知您欠款金额。

我们必须收到付款后才能发放设备。**如果您无力支付所欠金额，则可以申请豁免。**有关豁免流程的更多信息，请联系 TED 计划。

必须报告哪些收入？

您必须报告所有收入来源，包括但不限于工资、残障福利、退休收入、社会保障和利息。

我可以选择哪些设备？

TED 设备目录（第 4-5 页）列出了可用的设备类型。您可以选择一(1)台电信设备及其配件（如有），以及一(1)台信号设备。您必须在申请表（第 7 页，第 3 部分）中选择所需的设备类型。

需要哪种类型的家庭电话服务？

申请获得电传打字机(TTY)或扩音电话固定电话服务的客户。互联网或有线电话服务（例如通过 Comcast 或 Wave Cable 提供的服务）与 TTY 电话不兼容；但适用于大多数扩音电话。

常见问题解答(FAQ)（续）

已授权哪些专业人士签署我的申请表？

请勾选描述签署此申请表的个人的职业的方框。WAC 388-818-010 规定，授权以下人员证明申请人的资格：

a. 经卫生部许可或认证，可在华盛顿州提供医疗保健服务的个人；

b. 华盛顿州的听力学家或助听器装配师/分发者；

c. 华盛顿州失聪者和听力障碍者社区服务中心之一的失聪专家或协调员；

d. 任何为听力或言语障碍者服务的州内非营利组织。

e. 来自华盛顿州合格机构的工作人员；

f. 华盛顿州的职业康复顾问；

g. 华盛顿州为失聪-失明者服务的机构的失聪-失明专家或协调员；

h. 华盛顿州的持证职业治疗师；

i. 在华盛顿州执业的认证言语病理学家；或者

j. 其他：请填写您的职业并附上联系信息，以便进行计划验证。

我过去曾收到过设备。我可以重新申请新设备吗？

只有当您从 TED 计划获得的当前设备无法使用**或**不再满足您的需求时，您才有资格在三(3)年后重新申请新设备。如果您免费获得了该设备，您可能必须先退回该设备，然后我们才能为您提供新设备。您可以联系 TED 计划，了解更多信息。

我将何时收到设备？

获得设备的过程可能需要四(4)到八(8)周，具体取决于库存情况。大多数设备会直接发货给您。某些专用设备必须由签约的TED培训师递送。

如果设备由培训师递送，他们会与您联系，安排与您和其他可能感兴趣的人员见面的日期和时间。
大多数 iPad 和 iPhone 将由签约供应商通过 UPS 直接运送给客户，并需要签名才能接收货物。

TED 计划免费提供这些递送和培训服务。

电信设备目录

本部分旨在帮助申请人和专业人士选择最合适的设备，以满足申请人的需求。

必须在申请表上选择设备类型。

申请人有资格获得以下物品：

一个(1) 电信设备 **及** **一(1)个**信号设备。
和 该设备的配件（如有）。

- 带有星号(*)的设备必须由合格的培训师递送。该设备将不发运。选择该设备的申请人将被自动转介给培训师。
- 所有型号都可能会变更。

专用电信设备

扩音电话

适用于轻度至中度失聪者。

- 操作方式与标准电话相同。
- 使用扩音器收听对话。
- 调节音量和音调以满足特定需求。

可获得的有线型号：
- Clarity Alto
- 带来电显示的 Clarity Alto Plus

可获得的无绳型号：
- 带来电显示的 Panasonic KX-TGM403B

配件：
- 颈圈(NKL)

iPad 或 iPhone–仅提供蜂窝或 WiFi 选项*

用于访问基于蜂窝和 WiFi 的电信。

iPad 和 iPhone 设备配有保护套（保持保修所必需的）。客户可选择 iPad、iPad Mini 或 iPhone。专门分发这些设备来通过蜂窝或 WiFi 网络提供电信接入，这些设备将由签约供应商发运给您。

电传打字机(TTY)

针对重度至完全失聪和/或言语残障者。

- 通过打字进行交流。
- 信息显示在显示屏上，也可以打印出来。
- 对话为话轮转换过程。
- 可能需要使用华盛顿中继转接服务。
- 需要基本的模拟固定电话服务。

TruTone Emote Electrolarynx

针对喉切除患者。

- 使用电子语音助手进行交流。
- 人工喉头可在说话时实现自然语调。
- 直接发运给客户。
- 可配合华盛顿中继转接语音到语音服务使用。

对于有特殊需求的个人，可能会提供其他专用电信设备。

有关更多信息请，请联系 TED 计划（参见第 1 页的联系信息）。

振铃信号器

可听振铃信号器

- 当固定电话响起时，信号器振铃响起。
- 调节铃声音量以满足特定需求。

发光振铃信号器

- 与灯连接。

电话铃响时，灯闪烁。

免责声明：设备制造商/型号可能会变更。

电信设备申请表
Application for Telecommunication Equipment

Office Use Only (仅限工作人员填写)
Date Received

填写不完整的申请表可能会被退回，并导致服务延迟。

请确保填写所有"**必填**"字段。**清晰地打印或打字。**

填写完申请表后，**撕下第 6 页至第 8 页，并邮寄至：**

TED Program
PO Box 45301
Olympia, WA 98504-5301

您是如何听说 TED 计划的？
☐ 朋友或家人 ☐ 杂志或时事通讯
☐ 医疗专业人员 ☐ 演示或信息亭
☐ 电视广告 ☐ 其他：

过去您收到过 TED 计划提供的设备吗？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

撕掉申请表

第 1 部分.申请人信息

1.姓氏、名字、中间名首字母			2.性别 ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他:
3.家庭地址（包括公寓号码）	市	州	邮政编码
4.邮寄地址（若与住址不同，则需填写）	市	州	邮政编码
5.社区/设施名称（即疗养院、公寓）			6.县
电话号码（请包括区号） ☐ 声音 ☐ VP ☐ TTY			8.手机号码（请包括区号） ☐ 语音 ☐ VP ☐ TTY
9.电子邮件地址			10.联系的最佳时间
11.社保号（选填）			12. 出生日期（资格要求）
13.备选联系人/消息 姓名			关系
电话号码（请包括区号） ☐ 声音 ☐ VP ☐ TTY			电子邮件地址

第 2 部分.个人简档

1. **财务信息（必填）：**
家庭人口： 月收入：$ 年收入：$

2.残障（资格要求）
☐ 失聪 ☐ 失聪-失明
☐ 听力障碍 ☐ 言语障碍
☐ 后天失聪

3.除了失聪或言语障碍外：
a.您是否视力低？ ☐ 是 ☐ 否
b.您是否失明？ ☐ 是 ☐ 否
c.您是否行动不便？ ☐ 是 ☐ 否

4. 交流偏好
a. 手语：
☐ ASL ☐ PSE
☐ SEE ☐ 触觉
b. 言语：
☐ 言语
☐ 唇读
c.☐ 写作
d.☐ 其他：_____
e. 您讲哪种语言？
☐ 英语 ☐ 其他：_____
f. 您是否需要一位口译人员？☐ 是 ☐ 否

5. 您是否为西班牙裔？ ☐ 是 ☐ 否

西班牙人/西班牙裔/拉美裔的问题是关于民族的，而不是种族的。请标记一个或多个框以表明您认为您的种族（请选择所有适用的选项），从而继续回答以下问题：

☐ 白人 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 ☐ 夏威夷原住民或太平洋岛民
☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 亚裔 ☐ 其他种族

第 3 部分.设备选择

选择一个电信设备和一个信号器。

扩音家庭电话（需要固定电话服务）：

☐ 带来电显示的有线电话 ☐ 无绳扩音电话
☐ 有线电话–无来电显示

基于文本的家庭电话（需要模拟固定电话服务）：☐ 电传打字机(TTY)

无线设备（*手机设备已解锁，可通过任何手机服务提供商进行设置。手机服务的费用由客户负责，不包含在 TED 计划中。）：

☐ iPad ☐ iPad Mini ☐ iPhone

** iPad 设备仅为 WiFi。如果客户需要基于蜂窝的 iPad，请点击此处：☐ 支持蜂窝电话，*并提供特殊请求的原因：_____

手机公司名称：_____

信号设备 - 仅限固定电话。不兼容无线设备。

☐ 响亮铃声 ☐ 闪烁铃声

可提供给言语障碍客户的专用设备。

☐ TruTone Emote ElectroLarnyx ☐ 其他：_____

将设备直接发运给客户。

签署下方第 4 部分，即表示您授权失聪者与听力障碍者服务处将您的姓名、邮寄地址、联系信息以及您在本申请表中提供的自行报告的残障情况提供给签约供应商，以便其发运设备并提供保修和技术支持服务。

第 4 部分.客户签名

我理解我免费收到的设备是借给我的，并且仍归华盛顿州所有。

我理解我必须保护该设备免受损坏。我必须保护该设备免受雨水、高温和物理滥用造成的损坏。

我理解如果我滥用该设备，我可能没有资格获得替换设备。

如果该设备丢失或被盗，我会向 TED 计划组报告，并报警。我理解我必须向 TED 计划提供一份警方报告的副本。

如果我搬家，我会将我的新地址和电话号码通知给 TED 计划。

如果我搬离华盛顿州，我理解我可能必需在离开华盛顿州之前归还 TED 设备。

我理解我不能以任何理由将该设备出售、典当或借给任何人。

如果该设备损坏，我不会尝试自行修理。我会联系 TED 计划寻求指导。

我理解，如果我的 iPad 出现问题，所有服务均由 TED 计划代表或“Teltex”按照 iPad 包装盒内/上的说明进行。

我理解，我无法将 iPad 带到 Apple Store，也无法联系 Apple Care 寻求 TED 计划 iPad 方面的帮助。

我理解，iPad 必须放在随附的保护套中。

我理解，iPad 仅供远程通信使用。

本人特此声明，该表格上的信息属实且正确。若有不实之词，愿依照华盛顿州法律接受伪证罪处罚。

1.签名	日期
2.申请表填写者（如果不是申请人） 姓名	关系
电话号码（请包括区号） ☐ 声音 ☐ VP ☐ TTY	电子邮件地址

第 5 部分.专业人士认证

专业人士必须在申请表上签字，以证明申请人存在失聪或言语障碍。

致“专业人士”的说明：您必须获得在华盛顿州工作的授权才能验证申请人的失聪或言语障碍情况。**在下方签名即表明您了解申请人的失聪或言语障碍程度，并相信申请人能够从上述第 3 部分的所申请设备中受益。**

如果申请人需要专用电信设备，请联系 TED 计划。

1. 专业人士信息： ☐ 医生 ☐ 助听器装配师/分发者 ☐ 听力学家 ☐ 州政府机构员工 ☐ 失聪专家 ☐ 职业康复顾问 ☐ 非营利组织代表 ☐ 失聪-失明专家 ☐ 职业治疗师 ☐ 言语病理学家 ☐ 其他：	2. 专业人士认证 签名 日期
	打印姓名和职称
	电话号码
	电子邮件地址
计划评估所需的专业人员联系信息（电话号码和/或电子邮件地址）。	执照/证书编号（如适用）