

## Solicitud de equipo de telecomunicación Application for Telecommunication Equipment

La Oficina para Personas Sordas y con Sordera Parcial (por sus siglas en inglés, "ODHH") opera un programa de Distribución de Equipo de Telecomunicación (por sus siglas en inglés, "TED"). El Programa TED suministra equipo especializado de telecomunicaciones a personas que tienen pérdida de audición o discapacidad del habla, para que puedan usar el teléfono con independencia.

Los residentes del Estado de Washington de 4 años de edad o más que sufran de sordera, sordera parcial, pérdida de la audición como adultos, sordo ceguera o discapacidad del habla son elegibles para solicitar un equipo de telecomunicación.

Esta solicitud incluye la información que necesitará para completar el proceso. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar la solicitud, puede ponerse en contacto con el Programa TED.

### ÍNDICE

Portada .....	1
Información del Programa.....	2
Catalogo de Equipos.....	3
Instrucciones para la solicitud .....	6
Solicitud .....	7 y 8

### Oficina para Personas Sordas y con Discapacidad Auditiva Programa de Distribución de Equipo de Telecomunicación

1115 Washington St. SE  
PO Box 45301  
Olympia, WA 98504-5301

(800) 422-7930 V/TTY  
(360) 902-8000 V/TTY  
(360) 902-0855 FAX

IP para video: 65.113.246.110  
Línea para videófono: 360-339-7382  
Correo electrónico: [odhh@dshs.wa.gov](mailto:odhh@dshs.wa.gov)  
Sitio web : <http://odhh.dshs.wa.gov>

#### Para recibir un equipo, debe:

- Llenar la Solicitud de equipo de telecomunicación (páginas 7 y 8).  
*Una solicitud incompleta hará que se demore el servicio.*  
*Le enviaremos una carta si su solicitud está incompleta o es denegada.*
- Enviar su solicitud por correo al Programa TED en la dirección que aparece arriba.

#### Cuando su solicitud sea aceptada y procesada:

1. Le enviaremos una carta informándole el costo del equipo, si lo tiene.
2. Añadiremos su nombre a la siguiente lista de distribución de equipo.
3. Le entregaremos el equipo.  
*Para ver más información sobre el proceso de solicitud, vea la sección de Preguntas Frecuentes en Información del Programa (página 2).*

#### Las solicitudes están disponibles en letra grande, Braille y otros idiomas.

Puede ponerse en contacto con la ODHH para pedir una solicitud en un formato distinto.



## Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Washington (por sus siglas en inglés, "WATRS")

[www.washingtonrelay.com](http://www.washingtonrelay.com)

**Hay que usar equipo de telecomunicación especializado con el servicio de retransmisión.** El servicio de retransmisión es un servicio gratuito que conecta a las personas que usan dispositivos telefónicos especializados con personas que usan teléfonos tradicionales, y viceversa.

- Para usar el servicio de retransmisión, sólo marque 7-1-1.
- Se conectará con un operador de retransmisión.
- El operador marcará el número de teléfono al que desea llamar y transmitirá la conversación entre ambas personas.

### Preguntas frecuentes

#### **¿Mi nivel de ingresos me descalifica para obtener equipos a través del Programa TED?**

No. Todas las personas que cumplan con los requisitos (página 1) pueden solicitar el equipo, sin importar sus ingresos.

#### **¿Tengo que pagar el equipo?**

Usted puede recibir el equipo a un precio reducido o gratis. El costo del equipo se determina en una escala. Se utiliza el tamaño de su familia y su nivel de ingresos para calcular el monto que debe pagar, si lo hay. Le enviaremos una carta que le informa la cantidad que debe.

Debemos recibir el pago antes de poder entregar el equipo. Si no puede pagar la cantidad debida, puede solicitar una exención. Para obtener más información sobre el proceso de exención, póngase en contacto con el Programa TED.

#### **¿Qué ingresos deben reportarse?**

Debe reportar todas sus fuentes de ingresos, incluyendo, pero no limitadas a, salarios, beneficios por discapacidad, ingresos por jubilación, seguro social e intereses.

#### **¿Entre qué equipos puedo elegir?**

El Catálogo de Equipos de TED (páginas 4 a 6) muestra los tipos de equipos disponibles. Puede seleccionar un (1) dispositivo de telecomunicación con accesorios para ese dispositivo, si está disponible, y un (1) dispositivo de señalización. Debe seleccionar el tipo de equipo que desea en la solicitud (página 8, sección 3).

#### **¿Qué tipo de servicio telefónico se requiere en el hogar?**

Los clientes que solicitan un teléfono con subtítulos, teléfono con amplificación y otro equipo de telecomunicación que utilice una línea terrestre deben contar con servicios telefónicos analógicos. Los servicios telefónicos basados en internet o cable, como los ofrecidos por Comcast o Wave Cable, no son compatibles con los teléfonos CapTel (con subtítulos); sin embargo, sí funcionarán con teléfonos con amplificación.

## Preguntas frecuentes (continuación)

### **¿Cuáles profesionales están autorizados para firmar mi formulario de solicitud?**

Marque la casilla que describa la profesión del individuo que firma el formulario de solicitud. WAC 388-818-010 establece que los siguientes individuos están autorizados para certificar la elegibilidad de un solicitante:

- a. Una persona con licencia o certificación del departamento de salud para brindar cuidado de la salud en el estado de Washington;
- b. Un audiólogo o ajustador/proveedor de audífonos en el Estado de Washington;
- c. Un especialista o coordinador para sordos de uno de los centros comunitarios de servicio para personas con sordera o sordera parcial del estado;
- d. Cualquier organización sin fines de lucro en el estado que dé servicio a personas con discapacidades de la audición o del habla;
- e. Personal de una agencia calificada del Estado de Washington;
- f. Un consejero de rehabilitación vocacional dentro del Estado de Washington;
- g. Un especialista o coordinador en sordo- ceguera de una organización que dé servicio a personas sordo ciegas - dentro del Estado de Washington;
- h. Un terapeuta ocupacional con licencia dentro del Estado de Washington;
- i. Un patólogo del habla certificado que practique en el estado de Washington; u
- j. Otro: escriba su profesión.

### **Recibí equipo en el pasado. ¿Puede volver a presentar una solicitud de equipo nuevo?**

Usted es elegible para volver a presentar una solicitud de equipo nuevo después de tres (3) años **solamente si** su equipo actual del Programa TED no funciona **o** ya no satisface sus necesidades. Si recibió el equipo sin costo, debe devolver ese equipo antes de que podamos entregarle uno nuevo. Puede ponerse en contacto con el Programa TED para recibir más información.

### **¿Cuándo recibiré el equipo?**

El proceso para recibir un equipo puede tardar de cuatro (4) a ocho (8) semanas. El equipo puede serle entregado o puede enviársele. Algunos equipos deben ser entregados por un capacitador contratado por TED.

Si el equipo le es entregado por un capacitador, él o ella se comunicará con usted para programar una fecha y hora para reunirse con usted y con otras personas que puedan estar interesadas. El capacitador evaluará sus necesidades; conectará el equipo y le mostrará cómo usarlo. Si el equipo le será enviado, lo enviaremos al inicio del próximo mes calendario.

El Programa TED presta estos servicios de manera gratuita.

### **¿A dónde puedo ir para ver y probar los diferentes tipos de equipos?**

Cada uno de los centros de servicio para sordos contratados en cada región tiene un sitio de demostración del Programa TED. Para ver una lista actualizada de los centros de servicio para sordos, visite el sitio web de la ODHH en <https://www.dshs.wa.gov/altsa/office-deaf-and-hard-hearing> O llame al 1-800-422-7930 para ubicar el sitio de demostración más cercano a usted.

## Catálogo de equipos de telecomunicación

Esta sección sirve para ayudar a los solicitantes y profesionales a seleccionar el equipo más apropiado para satisfacer las necesidades del solicitante.

### El tipo de equipo debe seleccionarse en la solicitud.

Los solicitantes son elegibles para recibir lo siguiente:

**Un (1)** dispositivo de telecomunicación **Y** **un (1)** dispositivo de señalización.  
**Con** accesorios para ese dispositivo, si hay disponibles.

- Los equipos que tienen un asterisco (\*) junto a su nombre deben ser entregados por un capacitador calificado. No serán enviados. Los solicitantes que seleccionen esos equipos serán remitidos automáticamente al capacitador.
- Todos los modelos están sujetos a cambios.

## Equipo especializado de telecomunicación

### Teléfono con amplificación

*Para individuos con pérdida de audición ligera a moderada.*



- Opera como un teléfono normal.
- Utilice la amplificación para escuchar conversaciones habladas.
- Ajuste el volumen y el tono para satisfacer necesidades específicas.

#### Modelos con cable disponibles:

- Clarity Alto
- Clarity Alto Plus con identificador de llamadas

#### Modelo inalámbrico disponible:

- Clarity XLC 3.4 con identificador de llamadas

#### Accesorios:

- Manos libres (NKL)

### Teléfono con subtítulos "CapTel" (CAP)\*

*Para individuos con pérdida de audición severa a profunda.*



- Comuníquese utilizando su voz y lea la conversación entrante en texto en la pantalla.
- El usuario podría usar su audición residual para oír conversaciones habladas en el auricular amplificado.
- Hay modelos analógicos básicos de los teléfonos CapTel disponibles a través del Programa TED. Si cuenta con internet de alta velocidad, visite [www.captel.com](http://www.captel.com) para obtener más información sobre los modelos basados en internet que están disponibles directamente de CapTel.

- Requiere utilizar el Servicio de Retransmisión de Washington.

#### Requiere:

- Línea telefónica analógica;
  -
- Línea de Suscriptor Digital (DSL) con filtro digital-analógico.

### iPad – Sólo WiFi \*



*Para obtener acceso a telecomunicaciones a través de WiFi.*

Los dispositivos iPad son iPads negros de 16 GB sólo con conexión **WiFi** y con una funda protectora Otter Box. Los clientes tienen la opción de un iPad Air o iPad Mini. Los dispositivos se distribuyen especialmente para ofrecer acceso a telecomunicaciones a través de una red WiFi.

### Teletipo (TTY)

*Para individuos con pérdida de audición profunda a total y/o discapacidades del habla.*



- Se comunica escribiendo en el teclado.
- Los mensajes aparecen en la pantalla y también pueden ser impresos.
- Las conversaciones son un proceso en el que se toman turnos.
- Puede requerir el uso del Servicio de Retransmisión de Washington.

### Teléfono con altavoz de control remoto \*

*Para individuos con restricciones de movilidad y pérdida de audición ligera a moderada y/o discapacidades del habla.*



- El teléfono manos libres le permite al usuario comunicarse como si utilizara un teléfono normal.
- Requiere aprobación previa de TED.
- Puede requerir el uso del Servicio de Retransmisión de Washington.

#### Accesorios:

- Micrófonos
- Interruptores

### Teléfono Telitalk Electrolarynx

*Para individuos que se hayan sometido a una laringectomía.*



- Opera como un teléfono normal.
- Utiliza un accesorio de habla electrónica para la comunicación.
- La laringe artificial permite una entonación natural al hablar.
- Requiere aprobación previa de TED.
- Puede usarse con el Servicio de Retransmisión Habla a Habla de Washington.
- El TeliTalk se envía automáticamente a los clientes aprobados.

Puede haber otros equipos especializados de telecomunicación disponibles para individuos con necesidades especiales.

Póngase en contacto con el Programa TED para obtener más información (vea la información de contacto en la página 1).

## Señaladores de timbre

### Señalador de timbre audible



- El señalador timbra cuando timbra el teléfono.
- Ajuste el volumen del sonido para satisfacer sus necesidades específicas.

### Señalador de timbre con luz



- Se conecta a una lámpara.
- La lámpara parpadea cuando timbra el teléfono.

### Señalador de timbre con vibrador



- El señalador vibra cuando suena el teléfono.
- Requiere aprobación previa de TED.
- Sólo para sordociegos.

## Accesorios

### Manos libres



- Para usuarios de teléfono que tienen audífonos telecoil (t-coil).
- Póngase en contacto con el proveedor de su audífono u otro profesional calificado para determinar si el accesorio manos libres es compatible.

Puede usar el accesorio con:

- Teléfono amplificado (AMP)
- Voz y visualización (VCO)
- Teléfono con subtítulos (CapTel)
- Teléfono TeliTalk Electrolarinx (TEL)

### Micrófonos \*



Audífonos



Micrófono de solapa

Puede usar el accesorio con:

- Teléfono con altavoz de control remoto

### Interruptores \*



Interruptor de aire



Interruptor de almohada

Puede usar el accesorio con:

- Teléfono con altavoz de control remoto

\* Los equipos que tienen un asterisco (\*) deben ser entregados por un capacitador calificado. No serán enviados. Los solicitantes que seleccionen esos equipos serán remitidos automáticamente al capacitador.

**Descargo de responsabilidad Las marcas y modelos de los equipos están sujetas a cambios.**



## Solicitud de Equipo de Telecomunicación

### Application for Telecommunication Equipment

Cuando haya llenado la solicitud, **separe las páginas 7 y 8 y envíelas por correo a:**

TED Program  
PO Box 45301  
Olympia, WA 98504-5301

**Escriba claramente.**

OFFICE USE ONLY (USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA)	
Date Received	
Training Region	Previous Application

¿Cómo se enteró del Programa TED?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amigo o familiar      | <input type="checkbox"/> Revista o boletín                    |
| <input type="checkbox"/> Profesional médico    | <input type="checkbox"/> Presentación o módulo de información |
| <input type="checkbox"/> Anuncio de televisión |   |
| <input type="checkbox"/> Otro:                 |   |

¿Ha recibido equipo del Programa TED en el pasado?

- Sí  
 No  
 No sé

### Sección 1. Información del Solicitante

1. Apellido, nombre, inicial intermedia	2. Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
3. Dirección de casa	Ciudad                      Estado                      Código postal
4. Dirección postal (si es diferente)	Ciudad                      Estado                      Código postal
5. Nombre de la comunidad o institución (es decir, casa de reposo, complejo de departamentos)	6. Condado
7. Número telefónico de casa (incluyendo el código de área) <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Videoteléfono <input type="checkbox"/> TTY	8. Número de teléfono celular (incluyendo el código de área) <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Videoteléfono <input type="checkbox"/> TTY
9. ¿Cuál es su proveedor de servicio telefónico?	
10. Dirección de correo electrónico	11. Mejores horas para contactarlo
12. Número de Seguro Social (opcional)	13. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
14. Persona alternativa para contacto / dejar mensaje Nombre	Parentesco
Número de teléfono (incluyendo el código de área) <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Videoteléfono <input type="checkbox"/> TTY	Dirección de correo electrónico

### Sección 2. Perfil

1. Información financiera:		
Tamaño de la familia:	Ingreso mensual: \$	Ingreso anual: \$
2. Discapacidad (requerida para elegibilidad)	3. Además de su pérdida de audición o discapacidad del habla:	
<input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> Sordo ciego <input type="checkbox"/> Con sordera parcial <input type="checkbox"/> Con discapacidad del habla <input type="checkbox"/> Con pérdida de la audición como adulto	a. ¿Tiene poca agudeza visual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b. ¿Está ciego? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c. ¿Tiene movilidad limitada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Separe la solicitud

**4. Preferencias de comunicación**

- a. Lenguaje de señas:  ASL  PSE  SEE  Táctil
- b. Hablado:  Hablado  Lectura de labios
- c.  Escritura
- d.  Otra: \_\_\_\_\_
- e. ¿Qué idioma habla?  Inglés  Otro: \_\_\_\_\_
- f. ¿Necesita intérprete?  Sí  No

**5. ¿Es de origen hispano?  Sí  No**

La pregunta sobre el origen español/hispano/latino se refiere al origen étnico, no a la raza. Por favor siga contestando la siguiente pregunta marcando una o más casillas para indicar cuál considera que es su raza (marque todas las aplicables):

- Blanco  Indígena americano o nativo de Alaska  Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico
- Negro o afroamericano  Asiático  Otra raza

**Sección 3. Selección de equipo**

**1. Seleccione el dispositivo que satisfará sus necesidades. Vea el Catálogo de equipo para obtener más información, de la página 4 a la 6.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Teléfono con amplificación con cable   | <input type="checkbox"/> Teléfono con altavoz de control remoto | <u>Accesorios</u>                                   |
| <input type="checkbox"/> Con identificador de llamadas          | <input type="checkbox"/> TeliTalk - ElectroLarynx               | Señaladores de timbre:                              |
| <input type="checkbox"/> Sin identificador de llamadas          | <input type="checkbox"/> iPad – SÓLO WiFi                       | <input type="checkbox"/> Timbre de volumen alto     |
| <input type="checkbox"/> Teléfono inalámbrico con amplificación | <input type="checkbox"/> Air                                    | <input type="checkbox"/> Timbre con luz parpadeante |
| <input type="checkbox"/> Teléfono con subtítulos                | <input type="checkbox"/> Mini                                   | <input type="checkbox"/> Timbre con vibrador        |
| <input type="checkbox"/> TTY                                    |   | <input type="checkbox"/> Manos libres               |
|   |   | <input type="checkbox"/> Otro:                      |

**2. ¿Desea recibir capacitación?  Yes  No**

**Sección 4. Firma del cliente**

**Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del Estado de Washington que la información en este formulario es verdadera y correcta.**

1. Firma	Fecha
2. Persona que llena la solicitud (si es distinta al solicitante) Nombre	Parentesco
Número de teléfono (incluyendo el código de área) <input type="checkbox"/> Voz <input type="checkbox"/> Videoteléfono <input type="checkbox"/> TTY	Dirección de correo electrónico

**Sección 5. Certificación profesional**

**El profesional debe firmar la solicitud para certificar la pérdida de audición o discapacidad del habla.**

Instrucciones para el profesional: Usted debe estar autorizado para trabajar en el Estado de Washington para verificar la pérdida de audición o discapacidad del habla del solicitante.

**Póngase en contacto con el Programa TED si el solicitante requiere dispositivos especializados de telecomunicación.**

<b>1. Información profesional:</b> <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Ajustador/proveedor de audífonos <input type="checkbox"/> Audiólogo <input type="checkbox"/> Empleado de agencia estatal <input type="checkbox"/> Especialista en sordera <input type="checkbox"/> Consejero de rehab. vocac. <input type="checkbox"/> Repr. de org. sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Especialista en sordo ceguera <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional <input type="checkbox"/> Patólogo del habla <input type="checkbox"/> Otro:	<b>2. Certificación profesional</b>	
	Firma	Fecha
	Nombre y título en letra de molde	
	Número telefónico	
Número de licencia / certificación (si lo hay)		