Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

为以下人士清除交流障碍：
耳聋 • 重听 • 成年后耳聋 • 聋盲 • 语言障碍人士

电信设备申请

耳聋与重听办事处（ODHH）现开展电信设备发放（TED）计划。TED 计划旨在为听力受损或语言障碍的人士提供专门的电信设备，使他们能够独立使用电话。

华盛顿州 4 岁及以上有耳聋、重听、成年后耳聋、聋盲或语言障碍的居民均有资格申请该等电信设备。

申请表中详述了您需要完成的申请流程。若您有任何问题或需要任何帮助填写申请表，请联系 TED 计划。

目录

封面 1
计划信息 2
设备目录 4
申请表.....7 – 9*

* 您必须将此表格的所有 3 页全部提交给我们。

耳聋与重听办事处
电信设备发放计划

TED Program
PO Box 45301
Olympia, WA 98504-5301

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

视频电话： 360-339-7382
电子邮件：odhh@dshs.wa.gov
网站 ：http://odhh.dshs.wa.gov

为收到设备，您必须：

☐ 填写 电信设备申请表（第 7 - 9 页）。

信息缺失的申请可能会导致服务延迟。

若您的申请不完整或被拒，我们将发信通知您。

☐ 将您的申请递交至上述 TED 计划地址。

若您的申请已获批并在处理中，我们将：

1. 若有，发信通知您设备费用。
2. 将您的名字添加至下一批设备发放名单中。
3. 将设备发放给您。

更多有关申请流程详情，请查看计划常见问答（第 2 页）。

申请表有大号字体版、盲文版和其它语言版。
您可以联系 ODHH 索取其它格式的版本。

华盛顿州电信中继服务 （WATRS）
www.washingtonrelay.com

某些专用通信设备必须与中继器配套使用。中继是一项免费服务，将使用专用电话设备的人与使用标准电话的人连通起来，反之亦然。

- 只需拨打 7-1-1 就可以使用中继服务。
- 您将连通至中继操作员（RO）。
- RO 将拨打被呼叫的电话号码，并在两人之间转接对话。

常见问题（FAQ）

我的收入是否影响我收到 TED 计划的设备？

否。 任何符合资格（第 1 页）的人士都可以申请设备，与收入无关。

我需要支付设备费吗？

您可能享受折扣价或免费。设备成本采用浮动计费制。基于您的家庭规模和收入计算所付费用，若有。我们会发信通知您该支付的金额。

在我们发放设备前，我们需收到付款。**若您无法支付款项，可以申请免除付款。**有关详细的豁免流程，请联系 TED 计划。

哪些收入需要申报？

您必须申报任何和所有收入来源，包括但不限于工资、残疾福利、退休收入、社会保障和利息。

哪些设备可供我选择？

有关可选设备类型，请查阅 TED 设备目录（第 4 - 6 页）。您可以选择一（1）个带配件的电信设备，若有；**以及**一（1）信号设备。您必须在申请中说明您所选的设备类型（第 8 页，第 3 节）。

需要什么样的家庭电话？

客户申请获得字幕电话、扩音电话或其它固定电话通信设备时，家中必须装有模拟电话服务。Comcast 或 Wave Cable 等提供商提供的互联网或有线电话服务 不能与 CapTel 电话兼容；但是可兼容扩音电话。

常见问题（FAQ）（继续）

哪些专业人士可授权签署我的申请表格？

勾选可以签署申请表格的专业人士。依据 WAC 388-818-010 ，以下人士授权证明申请人的资格：

a. 经卫生部许可或认证在华盛顿州提供医疗服务的人士；

b. 华盛顿州的听力学家或助听器装配工/选配师；

c. 在华盛顿州聋哑和重听社区服务中心工作的聋哑专家或协调员；

d. 任何州内非盈利机构的听力或语言障碍服务人员。

e. 符合资格华盛顿州政府机构雇员；

f. 华盛顿州内的职业康复顾问；

g. 华盛顿州内为聋-哑人服务组织中的聋f-哑专家或协调人；

h. 华盛顿州内执证职业治疗师；

i. 在华盛顿州执业的经认证的语言病理学家；或

j. 其它：非以上推荐的专业人士。

我曾收到过设备。我能再次申请新设备吗？

您可以在三（3）年后再次申请新设备，**仅限若**当前 TED 计划设备因故障无法继续使用 **或**无法满足您的需要。如果您曾免费收到设备，在我们给您新设备之前，您可能需要归还该设备。有关更多详情，您可以联系 TED 计划。

我何时可以收到设备？

获得设备的过程可能需要四（4）到八（8）周，视库存数量而定。大部分设备可以直接邮寄给您。一些特殊设备必须由签约的 TED 培训师亲自交付。

如果设备是由培训师交付给您的，他或她将与您联系，安排日期和时间与您和其他有关人士会面。培训师将评估您的需求；连接设备并向您展示如何使用设备。所有 iPad 和 iPhone 将由签约供应商通过 UPS 直接发货给客户，并需要签名确认收货。

TED 计划免费提供交付和培训服务。

电信设备目录

本节旨在帮助申请人和专业人员选择最适合申请人需求的设备。

必须在申请中选择设备类型。

申请人有资格收到以下设备：

一（1） 个电信设备 **以及** **一（1）**个信号设备。
该设备 配件，若有。

- 带星号（*）的设备必须由合格培训师交付。不能邮寄。选择该设备的申请人将自动转介给培训师。
- 所有型号均可能更改。

专用通信设备

扩音电话

专供轻度和中度听力损失的人士。

- 像标准电话一样操作。
- 用扩音器听口语对话。
- 调整音量和音调以满足特定需求。

可选有线型号：
- 清晰中音
- 带来电显示的清晰中音

可选无线型号：
- 带来电显示的松下 KX-TGM403B

配件：
- 颈环（NKL）

带字幕“CapTel” 电话（CAP） *

专供严重至非常严重听力损失人士。

- 使用语音进行交流，并在显示屏上以文本形式读取传入的对话。
- 用户可以凭借其剩余听力通过扩音手机来听到口语对话。
- TED 计划提供基本模拟型 CapTel 电话。若您有快速网络连接，请访问 www.captel.com 查看有关 CapTel 直接提供的互联网型电话的详情。
- 需要使用华盛顿州中继服务。

需要：
- 模拟电话线；**或**
- 带数模滤波器的数字用户线（DSL）。

iPad 或 iPhone – 仅限蜂窝版或 WiFi 版*

用于接入蜂窝和 WiFi 版电信。

iPad 和 iPhone 设备都配有保护套（需要维护保修）。客户可选择 iPad、iPad Mini 或 iPhone 。这些设备专门用于蜂窝或 WiFi 网络电信接入，并将由签约供应商运送给您。

电传打字机（TTY）

专供有非常严重至完全听力损失和/或语言障碍的人士。

- 通过打字交流。
- 信息出现在显示屏上，也可以打印出来。
- 谈话是一个轮流进行的过程。
- 可能需要使用华盛顿州中继服务。
- 需要基本的模拟固定电话服务。

遥控扬声器*

专供移动受限和轻度和中度听力受损和/或语言障碍人士。

- 免提扬声器允许用户像使用标准电话一样进行交流。
- 需 TED 事先批准。
- 可能需要使用华盛顿州中继服务。

<u>配件</u>：
- 麦克风
- 转换器

Telitalk 电子喉电话

专供喉癌患者。

- 像标准电话一样操作。
- 使用电子助听器进行交流。
- 人工喉部支持用自然语调说话。
- TeliTalk 将自动邮寄给经批准客户。
- 电子喉可与电话单独使用。

- 需 TED 事先批准。
- 可用于华盛顿中继语音对语音服务。

有特殊需要的人士可以选择其它专用电信设备。

更多详情，请联系 TED 计划（参见第 1 页联系信息）。

环形信号机

听觉环形信号机

- 当固定电话铃响时，信号机就响了。
- 调整铃声音量以满足特定需要。

灯光环形信号机

- 连接到灯。
- 电话铃响时灯闪烁。

振动环信号机

- 座机电话铃响时信号机震动。
- 需 TED 事先批准。
- 仅限聋哑人士。

配件

颈环

- 适用于使用 telecoil（t-coil）助听器的电话用户。
- 联系助听器选配师或其他合格的专业人员，以确定颈部环是否兼容。

可一起使用的配件：
- 扩音电话（AMP）
- 语音结转（VCO）
- 字幕电话（CapTel）
- TeliTalk 电子喉电话（TEL）

麦克风*

耳麦

佩带式（小型）话筒

可一起使用的配件：
- 遥控扬声器

转换器*

气动开关

枕头开关

可一起使用的配件：
- 遥控扬声器

* 带星号（*）的设备必须由合格培训师交付。不能邮寄。选择该设备的申请人将自动转介给培训师。

免责声明： 设备制造商/模型可能会变动。

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

电信设备申请

仅供办事处填写
接收日期

不完整的申请可能会被退回并导致服务延迟。
请确保所有"**必填**"项填写完整。**清晰打印或打字。**
当填写完申请后，**拆下第 7 至 9 页，并邮寄至：**

TED Program
PO Box 45301
Olympia, WA 98504-5301

取消申请

您是如何知晓 TED 计划？
☐ 朋友或家人告知 ☐ 杂志或通讯
☐ 医疗人员 ☐ 展示或信息台
☐ 电视广告 ☐ 其它：

您过去是否曾经收到过 TED 计划设备？
☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

第 1 节 申请人信息

1. 姓，名，中间名首字母	2. 性别 ☐ 男 ☐ 女
3. 家庭地址（包括公寓号码） 城市 州 邮政编码	
4. 邮寄地址（若不同） 城市 州 邮政编码	
5. 社区/机构名称（比如养老院、公寓小区）	6. 县
电话号码（包括区号） ☐ 语音 ☐ 视频电话 ☐ TTY	8. 手机号码（包括区号） ☐ 语音 ☐ 视频电话 ☐ TTY
9. 您的电话服务提供商是？ **字幕电话**需填写。	
10. 电子邮件地址	11. 最佳联系时间
12. 社保号码（选填）	13. 出生日期（为审核资格）
14. 其他联系人/讯息 姓名	关系
电话号码（包括区号） ☐ 语音 ☐视频电话 ☐ TTY	电子邮件地址

第 2 节 情况

1. **财务信息（必填）：**
家庭人口： 月收入： $ 年收入： $

2. 残疾状况（为审核资格） ☐ 耳聋 ☐ 聋盲 ☐ 重听 ☐ 语言障碍 ☐ 成年后耳聋	3. 除听力损失或语言障碍外： a. 您是否有视力障碍？ ☐ 是 ☐否 b. 您是否眼瞎？ ☐ 是 ☐否 c. 您是否行动不便？ ☐ 是 ☐否

4. 交流偏好
a. 手语：
☐ ASL ☐ PSE
☐ SEE ☐ Tactile
b. 说话：
☐ 讲话
☐ 唇读
c.☐ 书写
d.☐ 其它：_____
e. 您说哪种语言？
☐ 英语 ☐ 其它：_____
f. 您是否需要口译员？☐ 是 ☐ 否

5. 您是西班牙裔吗？ ☐ 是 ☐ 否

西班牙/西班牙裔/拉丁裔的问题是有关种族问题，而与人种无关。请继续回答以下问题，在一个或多个方框中打上标记，说明您认为您所属的种族（勾选所有适用的选项）：

☐ 白人 ☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著 ☐ 夏威夷或太平洋岛民
☐ 黑人或非裔美国人 ☐ 亚裔 ☐ 其它种族

第 3 节 设备选择

1. 选择一个电信设备和一个信号机。

扩音家庭电话（需固定电话线服务）：

☐ 带来电显示的有线电话 ☐ 无线扩音电话
☐ 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）： ☐带字幕电话 ☐ 电传打字机（TTY）

无线设备（*蜂窝设备已解锁，可以与任何蜂窝服务提供商一起设置。手机服务费用由客户负责，不在 TED 计划范围内。）：

☐ iPad ☐ iPad Mini ☐ iPhone

** iPad 设备仅限 WiFi 版。如果客户需要蜂窝版 iPad，点击此处： ☐ 蜂窝版，*以及

说明特殊要求的理由：_____

手机公司名词：_____

信号机设备 – 仅限于固定电话。与无线设备不兼容。

☐ 响铃器 ☐ 闪光振铃器 ☐ 振动振铃器（仅适用于聋盲客户）

有语言障碍的客户可以使用专用设备。

☐ TeliTalk 电子喉 ☐ 遥控扬声器
☐ 其它：_____

2. 您想接受培训吗？☐ 是 ☐ 否；若否，设备将直接邮寄给您。

iPads 和 iPhones 将直接邮寄给客户。

签署以下第 4 节，您授权聋哑和重听办事处向签约供应商提供您的姓名、邮寄地址、联系信息和本申请中自述的残疾信息，以便装运设备和提供保修和技术支持服务。

第 4 节 客户签名

我了解我免费收到的设备是借给我的，仍属于华盛顿州财产。

我知道我必须保护设备免受损坏。我必须保护设备不受雨水、高温和人为摔打的损坏。

我明白，如果我滥用设备，我可能失去获得替换设备的资格。

若设备丢失或被盗，我将向 TED 计划报告，并报警。我知道我必须向 TED 计划提供一份报警记录。

如果我搬家，我会通知 TED 计划我的新地址和电话号码。

如果我搬出华盛顿州，我知道在我离开华盛顿州之前，我可能必须归还 TED 设备。

我明白我不能以任何理由将设备出售、典当或借给任何人。

如果设备出现故障，我不能自行修理。我将联系 TED 计划请求指导。

我明白，如果我使用 iPad 出现问题，所有服务都将由 TED 计划陪训师或 “Teltex” 按照 iPad 壳中/上的说明来完成。

我知道我不能把 iPad 带到苹果商店，也不能联系 Apple Care 服务寻求修理 TED 计划的 iPad 设备。

我知道 iPad 必须放在其保护套里。

我知道 iPad 是为电信目的而提供的。 若不是用于电信之目的，ODHH TED 计划可能要求您归还 iPad 。

依据华盛顿州法律的伪证处罚之规定，本人保证（或声明）本表格上的信息是真实、正确。

1. 签名	日期
2. 填写申请表的人士（若不是申请人） 姓名	关系
电话号码（包括区号） ☐ 语音 ☐视频电话 ☐ TTY	电子邮件地址

第 5 节 专业人士认证

专业人士必须签署本申请，以证明申请人的听力损失或语言残障程度。

"专业人士"指南： 您必须经授权在华盛顿州工作，以核实申请人的听力损失或语言障碍程度。**通过在下面签名，您证明您了解申请人的听力损失或语言残障程度，并认为上述第 3 节所要求的设备将对申请人有帮助。**

如果申请人需要特殊的通讯设备，请联系 TED 计划。

1. 专业人员信息：	2. 专业人士认证 签名 日期
☐ 医生 ☐ 助听器装配工/选配师 ☐ 听力学家 ☐ 州机构雇员 ☐ 耳聋专家 ☐ 职业康复咨询师 ☐ 非盈利机构代表 ☐ 聋盲专家 ☐ 职业治疗师 ☐ 语言病理学家 ☐ 其它：	大写名字和职位
	电话号码
	许可/证书编号（若适用）