

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](mailto: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，请查看计划常见问题答（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](http://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。

**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](http://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。

### 配件:

- 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。**

# 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

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 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 语音 <input type="checkbox"/> 视频电话 TTY		8. 手机号码（包括区号） <input type="checkbox"/> 语音 <input type="checkbox"/> 视频电话 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 语音 <input type="checkbox"/> 视频电话 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 耳聋 <input type="checkbox"/> 聋盲 <input type="checkbox"/> 重听 <input type="checkbox"/> 语言障碍 <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 b. 您是否眼瞎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 c. 您是否行动不便？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4. 交流偏好			
a. 手语： <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> 讲话 <input type="checkbox"/> SEE <input type="checkbox"/> Tactile <input type="checkbox"/> 唇读		c. <input type="checkbox"/> 书写 d. <input type="checkbox"/> 其它： _____	
e. 您说哪种语言？ <input type="checkbox"/> 英语 <input type="checkbox"/> 其它： _____			
f. 您是否需要口译员？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

取消申请

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 计划培训师或 "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。

