Las INSTRUCCIONES

I. La Parte completa yo de la forma (ve páginas 3-4, la Aplicación para un Artefacto de Assistive Telecommunications). Un padre o el guardián legal deben firmar la forma si el solicitante es abajo 18 años de la edad.

II. II. Que la Parte II de la aplicación completada y firmada por un profesional certificado (vea página 5, la Certificación de Deterioro).

A. ¿Quién un Es Certificado a Profesional?

1. El Doctor médico - Cualquier persona permitió practicar la medicina en el Estado de Utah.
2. Un Audiologist – UNA persona que tiene a un Amos o el grado de Doctoral en Audiology y un Certificado de la Competencia Clínica en Audiology publicó por el Habla Americana, por el Idioma, y por la Asociación que Oye.
3. Una Habla Pathologist – UNA persona que tiene a un Amos o el grado de Doctoral en el Habla/la Patología del Idioma y un Certificado de la Competencia Clínica publicada por el Habla Americana, por el Idioma, y por la Asociación que Oye.
4. Un empleado calificado de la agencia del estado - Cualquier empleado de la agencia del estado que sirve al solicitante en una capacidad Humana del Programa del Servicio y puede obtener la documentación profesional de la incapacidad.

Envíe en la forma a: Public Service Commission TTY

Sobre recipiente la forma de la aplicación, el solicitante será notificado a escribir con respecto a la posición de su pedido para un artefacto de assistive. Si aprobó, el solicitante será notificado acerca de cómo obtener su artefacto. Los solicitantes deben ser capaces de usar el equipo que ellos reciben. Si el solicitante es incapaz, entonces el solicitante debe recibir la instrucción para firmar para el artefacto.

¿QUIEN CALIFICA?

I. El Programa de la Distribución del Equipo de la Comisión Pública del Servicio es un programa de ingresos bajos diseñó para proporcionarles ayuda a los que absolutamente no lo pueden proporcionar en su propio. Para ser considerado de ingresos bajos bajo este programa, el individuo debe reunir uno (UNA y/o B) de las siguientes dos condiciones:

A. El solicitante tomando parte en uno de la ayuda pública siguiente programa administrado por el Departamento de Servicios Humanos:

1. Ayude a Familias con Niños Dependientes
2. El Trabajo de la emergencia Programa
3. El alimento Estampa
4. La Ayuda general
5. 5. El Programa del Blanco de la Ayuda de la Energía del hogar y/o Lifeline

6. La Ayuda médica
7. La Ayuda de refugiado
8. Los Ingresos (SSI) suplementarios de la Seguridad o Ingresos (SSDI) Sociales de Incapacidad de Seguridad

O

El solicitante debe reunir los límites mensuales siguientes de la elegibilidad de ingresos para el ejercicio económico 2001:

La CASA CALIBRA	**125% DE la POBREZA**
1 Persona en la Casa	$ 950 por mes
por 2 personas de mes en la Casa	$1,250 por mes
por 3 personas de mes en la Casa	$1,550 por mes
por 4 personas de mes en la Casa	$1,850 por mes

Para cada persona adicional, agregue $300 por mes.

II. Además de cualquiera de los requisitos relacionados de ingresos arriba, el individuo debe tener uno de las condiciones calificativas siguientes:

SORDO: una pérdida que oye que requiere el uso de un TTY o VCO a comunicar efectivamente en el teléfono.

SORDO CIEGA: una pérdida que oye y un deterioro visual que requiere el uso de un TTY con Escritura en relieve para comunicar efectivamente en el teléfono.

DURO DE OIDO: UNA pérdida que oye que requiere el uso de un TTY o Teléfono Amplificado para comunicar efectivamente sobre el teléfono. El

HABLA INCAPACITO: UN deterioro de la habla que rinde el habla en un unintelligible ordinario de teléfono, así requerir el uso de un TTY o HCO para comunicar efectivamente en el teléfono.

La Forma del Programa de la Distribución del equipo

Pagine 3

La APLICACION PARA UN ARTEFACTO de ASSISTIVE TELECOMMUNICATIONS

La PARTE yo (ser llenado por Solicitante)

A. Solicito para pedir prestado: (VERIFICA UN ARTICULO SOLO)

1. TTY (Ultratec Miniprint 425) _____

2. TTY con el Despliegue Visual Grande (Ultratec Superprint Pro80LVD o Superprint 4425 con LVD) _____

3. TTY con Escritura en relieve _____

4. HCO/teléfono de VCO (Ultratec Uniphone 1140) _____

5. El Teléfono amplificado (el Tono de Cristal de Ultratec) _____

B. Este artefacto será prestado a mí porque soy los ingresos bajos y/o recibo ayuda del Departamento de Servicios Humanos

1. Si usted recibe ayuda de un Departamento de Servicios Humanos el programa administrado, entonces por favor la marca uno o más del siguiente y procede al artículo C. Si usted no recibe ayuda del Departamento de Servicios Humanos entonces se salta a #2 y entonces al artículo C.

A. Ayude a Familias con Niños Dependientes
B. El Programa del Trabajo de la emergencia
C. El alimento Estampa
D. La Ayuda general
E. Programa de Blanco de Ayuda de Energía de Hogar y/o Lifeline (el servicio de teléfono de emergencia)
F. La Ayuda médica
G. La Ayuda de refugiado
H. Los Ingresos (SSI) suplementarios de la Seguridad o Ingresos (SSDI) Sociales de Incapacidad de Seguridad

2. Si sus ingresos califican, pero usted no recibe ayuda del Departamento de Servicios Humanos (se refiere a artículo B en la página 2) :

A. Los Ingresos totales de la Casa son $_____/month
B. El Número total de Personas que Viven en la Casa es: _____
C. ¿Hace cualquiera en su casa, inclusive usted mismo, posee ya un artefacto de telecommunications de assistive que funciona como debe?
D. ¿Hay cualquier otras personas en su casa que reciben ya ayuda de la Comisión Pública del Servicio de Utah para un artefacto de telecommunications de assistive? Sí _____ no _____

E. Lea por favor las declaraciones siguientes. Si usted es de acuerdo con entonces, por favor signo abajo. Firmando esta forma, usted concuerda a las declaraciones siguientes y usted concuerda que la información proporcionó ya es verdad y correcto al mejor de su conocimiento.

Si paro ayuda recipiente y/o aumentos mensuales de ingresos, yo notificaré INMEDIATAMENTE la Comisión Pública del Servicio. Yo no volveré el artefacto pedido prestaddo a la Comisión Pública del Servicio si, y cuando, yo más largo reside en el Estado de Utah. Entiendo que si doy información falsa, yo tendré que volver el artefacto a la Comisión Pública del Servicio INMEDIATAMENTE. Entiendo que soy mi responsabilidad de obtener el servicio telefónico, y yo asumo la responsabilidad para el pago de todos honorarios y cargas asociados.

La FIRMA: _____ la FECHA: _____

FIRMA de GUARDIAN O PADRE: _____

(Si bajo 18 años de la edad)

la FECHA _____: _____

F. Proporcione por favor la información siguiente:

El NOMBRE (por favor impresión) : _____

La DIRECCION: código de Cremallera de Ciudad de Dirección de Calle de _____

El NUMERO del TELEFONO del HOGAR: (435) (801)_____

El NUMERO DEL SEGURO SOCIAL: _____-_____-_____

(No olvídese de tener un Profesional Certificado llena la próxima página)

La Forma del Programa de la Distribución del equipo

Pagine 5

La CERTIFICACION DE DETERIORO

La PARTE II (ser llenado por un profesional certificado, se refiere a artículo UN en la página 1)

A. Certifico que el solicitante tiene el deterioro siguiente

(ve artículo II en la página 2)

Sordo _____ Sordo/Ciega _____ Severamente duro de oído _____ Severamente Habla Incapacitó _____

Soy un: El Doctor ___ médico__ Audiologist _____ El habla/el idioma Pathologist ____ Calificó a Empleado de Estado__
_____

((Por favor Impresión) Appellido Primero Inicial de Centro de Nombre El Código de la Cremallera de la Ciudad de la Dirección de la Calle de
_____
_____

El Número de Teléfono _____
_____

La Fecha de Firma

La NOTA: Solicitante no puede listar a miembro de ser ni familia como un profesional certificado.