



Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
 División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva
PROYECTO DE AUDÍFONOS DE NEW JERSEY
Solicitud de elegibilidad



La División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva de New Jersey (DDHH, por sus siglas en inglés) proporciona dispositivos de asistencia gratuitos a personas con sordera o discapacidades auditivas a través del Programa de Distribución de Equipos (EDP, por sus siglas en inglés). Desde 1993, la DDHH ha puesto en marcha este programa para garantizar que los residentes de New Jersey con pérdida auditiva tengan acceso a equipos críticos de telecomunicaciones y alertas vitales para la seguridad en el hogar. Al cumplir con los requisitos del programa, las personas reciben dispositivos de comunicación sin costo alguno.

Requisitos del programa:

- Debe tener una pérdida auditiva
- Debe ser residente de New Jersey
- Los ingresos totales combinados de la unidad familiar no deben superar el 400% del nivel federal de pobreza.

Número de personas viviendo en el hogar	Pautas de Pobreza Federal para el año 2024
1	\$60,240
2	\$81,760
3	\$103,280
4	\$124,800
5	\$146,320
*Por cada persona adicional, agregue \$21,520	Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Complete la solicitud usando la siguiente lista de requisitos.

- Una **copia** de UN (1) documento de la **Lista A** para comprobar su residencia e identificación. **(Página 2)**
 - O una **copia** de UN (1) documento de la **Lista B** para comprobar su identificación Y una **copia** de UN (1) documento de la **Lista C** para comprobar su residencia. **(Página 2)**
- Firma del solicitante **(Página 2)**
- Incluya un correo electrónico para recibir actualizaciones del seguimiento de UPS **(Página 3)**
- Certificado de discapacidad completado por el proveedor tratante, con la firma. **(Página 4)**
- Repasar las Condiciones de Aceptación, con la firma. **(Página 5)**
- Elegir productos **(Páginas 6-9)**
- Una **copia** conjunta o individual de la declaración de impuestos más reciente **o** de los W2 que muestren los ingresos del hogar **o** una carta de su empleador **o** carta de concesión de una agencia de servicios sociales, como una carta del Seguro Social **o** del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos
- Envíe todas las páginas de esta solicitud por correo postal, correo electrónico, o fax.

SECCIÓN 1: Proporcione una copia de UN (1) documento de la Lista A O una copia de UN (1) documento de la Lista B Y una copia de UN (1) documento de la Lista C.

Lista A

Documentos que comprueben identificación y residencia

Elija uno de la siguiente lista

- Tarjeta de ID de NJ o municipal
- Licencia de conducir de NJ
- ID de estudiante de NJ
- Recibo de servicios públicos, celular o internet
- Estado bancario o de seguro
- Declaración de impuestos del últimos dos años
- Recibo de pago del empleador
- Recibo de alquiler, arrendamiento, hipoteca
- Carta de la agencia de servicios sociales
- Carta del proveedor de atención médica
- Carta de una agencia gubernamental

Lista B

Documentos que comprueben identificación

Elija uno de la siguiente lista

- Tarjeta de ID estudiantil
- Expediente académico
- Pasaporte
- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir de otro país
- Tarjeta de ID consular
- Acta de nacimiento estadounidense de su hijo con su nombre
- Carta del IRS o ITIN
- Acta de matrimonio
- Decreto de divorcio
- Documento de tribunal estadounidense

Lista C

Documentos que comprueben la residencia

Elija uno de la siguiente lista

Carta firmada y fechada, incluyendo el nombre completo y el número de teléfono de la persona escribiendo la carta, de los siguientes:

- Arrendador
- Representante de la religión
- Proveedor médico
- Proveedor de servicios públicos
- Refugio que reconoce la residencia de NJ

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Solicitud

SECCIÓN 2: Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corregir los errores con corrector líquido blanco

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Número de teléfono: _____

Marque una: Hogar Teléfono móvil Videollamada

Correo electrónico: _____

IMPORTANTE: Se usará el correo electrónico para proporcionar actualizaciones del seguimiento de UPS.

¿Cómo se identifica?: Sordera Discapacidad auditiva

Elija uno: Leve Moderada Significativo No puede hablar ni hacer señas

Dirección postal

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Dirección residencial (si es diferente de la dirección postal)

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, cumplo los requisitos del programa y que la información contenida en esta solicitud es veraz y correcta.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey **Certificado de Discapacidad**

SECCIÓN 3: Esta sección de la solicitud debe ser completada por el proveedor tratante. This form will be scanned for computerized data capture. Provider, please verify and certify that the applicant will benefit from the use of the requested technology.

This form will be scanned for computerized data capture. Please follow the instructions to ensure that the application is processed quickly and accurately.

- Use blue or black ink only.
- Print clearly, in uppercase letters.
- Correct errors with white correction fluid

Applicant's Name: _____

Provider's Information:

First Name: _____ Middle Initial: _____

Last Name: _____

Business Information:

Street: _____ City: _____

County: _____ Zip Code: _____

Telephone Number: _____ Fax Number: _____

Email Address: _____

Certification/License Number: _____

Expiration Date (MM/DD/YY): _____

Provider's Profession:

- Doctor/Physician
- Audiologist
- Hearing Aid Specialist Speech
- Pathologist
- Other (please describe):

Signature _____

Date: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Condiciones de Aceptación

SECCIÓN 4: Revise la siguiente sección en su totalidad

Entiendo y acepto lo siguiente:

- El equipo es propiedad del Estado de New Jersey. No venderé, empeñaré, daré ni prestaré el equipo a personas ajenas a mi hogar. Si lo hago, entiendo que puedo ser procesado criminalmente.
- La DDHH de NJ no es responsable de planes de servicio o facturas asociadas con el equipo.
- Protegeré al equipo contra daños.
- Si el equipo no está funcionando, NO tratare de repararlo o desarmarlo. Me pondré en contacto con la DDHH para recibir instrucciones sobre la devolución del equipo. El equipo, incluyendo todos los accesorios, debe ser devuelto al fabricante en su caja original si la garantía no ha expirado.
- Si el equipo es devuelto y la DDHH de NJ determina que ha sido dañado, NO se permitirá un reemplazo.
- Si el equipo es reportado como perdido, NO se permite un reemplazo.
- Si el equipo es robado o dañado por alguien externo, informaré a la policía y proporcionaré una copia del informe policial a la DDHH de NJ antes de que se permita el reemplazo.
- Es contra la ley presentar declaraciones falsas. Si proporciono declaraciones falsas en esta solicitud o con respecto al equipo, entiendo que puedo ser procesado penalmente.
- Estoy de acuerdo en indemnizar al Estado de New Jersey por cualquier reclamo, daños y gastos que surjan del uso o mal uso del equipo por mi parte o por parte de cualquier otra persona.
- Si hay un cambio de dirección o número de teléfono, proporcionaré la nueva información a la DDHH de NJ dentro de 30 días.
- Si me mudo a otro estado, me pondré en contacto con la DDHH de NJ para arreglar la devolución del equipo antes de mudarme.
- Si soy menor de edad, todos los equipos, obligaciones y responsabilidades serán transferidos cuando cumpla 18 años.
- Haré los arreglos necesarios para devolver mi equipo en caso de fallecimiento.
- Los hogares deben esperar cinco (5) años antes de recibir otro teléfono a través de este programa.
- Se proporciona un límite de un (1) detector de humo o sistema de alerta para bebés dentro de este programa.
- Si no sigo estas Condiciones de Aceptación, se me puede negar el beneficio de tener el equipo ofrecido por la DDHH de NJ.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos elegibles por EDP



El Sonic Alert HomeAware Fire and CO Signaler es una luz estroboscópica intermitente con un detector de humo / CO incorporado, teléfono y agitador de cama. Este dispositivo es para uso con detector de humo existente y / o sistema de alarma de CO2.



La Nighthawk 900-0230 es una alarma de monóxido de carbono que funciona con pilas, proporciona una protección fiable contra los peligros del monóxido de carbono y tiene una garantía limitada de 7 años. Se recomienda emparejar este artículo con el dispositivo Sonic Alert HomeAware.



El timbre de vídeo Ring 2 es un sistema de seguridad inteligente que se puede supervisar desde cualquier lugar. El timbre funciona con batería con la opción de cableado y viene con una batería recargable.



El Sonic Alert es perfecto para alertas de humo en otras habitaciones. No sustituye a los detectores de humo existentes. Es compatible con el sistema de escucha de alertas HomeAware.

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos elegibles por EDP



El Clarity XLCR Amplified Cordless Extra Loud (50dB) es un teléfono inalámbrico amplificado con control de tono que incluye 4 ajustes, botón de aumento y rueda de control de volumen para ofrecer una experiencia de escucha personalizada.



El teléfono amplificado Geemarc Amplipower 60 Plus tiene un control de volumen del receptor de hasta 67 dB y un volumen de timbre ajustable. El altavoz ofrece una recepción más clara y control de tono de más o menos 10 dB.



El Teléfono SIP 3905 de Cisco Unified ofrece funciones de accesibilidad para personas con ceguera, discapacidad auditiva o con movilidad reducida. Dado que muchas de estas funciones son estándar, se pueden utilizar por usuarios con discapacidades sin necesidad de una configuración especial

IMPORTANTE: Desafortunadamente, el CapTel 840+ ya no está en función. Para más información, póngase en contacto con el servicio al cliente de CapTel. Usted puede contactar a CapTel por medio de teléfono (888) 269-7477, correo electrónico CapTel@CapTel.com, o visitando la página www.CapTel.com. Los individuos que actualmente tienen el CapTel 840+ pueden ponerse en contacto con CapTel para pedir una sustitución a un modelo de internet.

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos elegibles por EDP



El Minicom IV tiene un teclado fácil de tocar con una pantalla brillante e inclinada de 20 caracteres e incluye un puerto de impresora para conectar una impresora externa.



VTech DM221 Digital Audio Baby Monitor es un sistema sencillo de vigilancia del bebé de 2 piezas que funciona muy bien para padres o cuidadores con sordera o discapacidades auditivas.

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Elija uno de esta lista:



Tableta - Apple iPad solo Wi-Fi de 64GB
* Requiere acceso al servicio de Internet.



Tableta - Samsung Galaxy S6 Lite solo Wi-Fi de 64GB * Requiere acceso al servicio de Internet.



Smartphone - Apple iPhone XR Wi-Fi y 4G de 64GB * Requiere plan de servicio celular.



Smartphone - Google Pixel 5a Wi-Fi y 4G de 128GB * Requiere plan de servicio celular.

IMPORTANTE:

Si se elige un Smartphone, la persona se debe comprometer a obtener un plan de servicio celular de un proveedor. Las tabletas son sólo Wi-Fi y no requieren un plan de servicio. Todos los Smartphones ofrecidos en este programa están "desbloqueados" para que la persona pueda elegir un proveedor de servicios de su elección.

Para las personas que necesiten un servicio de Internet de bajo costo puede haber una opción a través del Beneficio de emergencia para Internet de la FCC - <https://www.fcc.gov/broadbandbenefit>.

El dispositivo llevará preinstaladas las siguientes aplicaciones accesibles para personas con sordera y con discapacidades auditivas: IP Relay, Video Relay Service, IP Captioned Telephone Service, Video Calls y Video Messaging.

Todos los dispositivos incluyen una garantía de 3 años. La DDHH no proporciona fundas. Le recomendamos que adquiera una funda protectora para el dispositivo seleccionado. Estos dispositivos se pueden romper si se caen. La DDHH no reemplazará un dispositivo dañado por rotura.

SECCIÓN 5: Si está ayudando a otra persona a rellenar esta solicitud, complete la siguiente parte

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corregir los errores con corrector líquido blanco

1. Marque una de las siguientes casillas sobre la relación con el solicitante.

- | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Miembro de familia | <input type="checkbox"/> Defensor |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Agencia | |

Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma de preparador: _____ Número de teléfono: _____

ENVÍE EL FORMULARIO POR:

CORREO POSTAL:

Division of the Deaf and Hard of Hearing
New Jersey Hearing Aid Project
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

FAX:

(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL:

(609) 588-2648

(800) 792-8339

(609) 503-4862 videollamada

CORREO ELECTRÓNICO:

DDHH.communications2@dhs.nj.gov