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) del Departamento de Servicios Humanos (DHS, 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 el año 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 2025
1	$62,600
2	$84,600
3	$106,600
4	$128,600
5	$150,600
*Por cada persona adicional, agregar $22,000	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 establecer 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 de seguimiento del 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)**
☐ Selección de equipos **(Páginas 6-9)**
☐ Envíe todas las páginas de esta solicitud ya sea por correo postal, correo electrónico, o fax:

DDHH Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

Fax: (609) 588-2528
Email: DDHH.communications2@dhs.nj.gov

<u>SECCIÓN 1</u>: 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 municipio
- 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 de los 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 iglesia
- 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. Escriba claramente, en letras mayúsculas y solo use tinta azul o negra. Corregir los errores con corrector líquido blanco

IMPORTANTE: Si el equipo es para un menor, complete esta solicitud en nombre del menor.

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____ Pronombres: ☐ Ella ☐Él ☐Elle

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____
Mes / Día / Año

Número de teléfono: _____

Marque una: ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Videollamada

Correo electrónico: _____

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

¿Cómo se identifica?: ☐ Sordera ☐ Discapacidad auditiva ☐ Sordera tardía

Nivel de pérdida auditiva: ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Significativo

Idioma principal: ☐ Lenguaje de Señas Americano ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

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, que cumplo los requisitos del programa y que la información contenida en esta solicitud es veraz y correcta.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 3: Si usted (o su cónyuge, si están casados y estén conviviendo), reciben ingresos de alguna de las fuentes que se indican a continuación, por favor introduzca el total de los ingresos anuales actuales en las casillas correspondientes. NO INDIQUE LOS CÉNTIMOS. Si usted o su cónyuge no reciben ingresos de ninguna de las fuentes enumeradas a continuación, marque la casilla NINGUNA.

IMPORTANTE: Deberán adjuntarse a la solicitud copias de todos los documentos justificativos pertinentes.

1. Beneficios de seguro social (Neto)	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
2. Prima de la Parte B de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
3. Prima de la parte D de Medicare (si se deduce del cheque de seguro social)	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
4. Intereses (incluidos los exentos de impuestos)	☐ USTED ☐CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
5. Dividendos	☐ USTED ☐CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
6. Distribuciones de IRA	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
7. Jubilación ferroviaria	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
8. Veteranos	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
9. Otras pensiones	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
10. Anualidades	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
11. Salario (bruto, antes de las deducciones de la nómina)	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
12. Otros ingresos no mencionados anteriormente: (especificar) ☐ Alquiler neto ☐ Indemnizaciones laborales ☐ Manutención ☐ **Otro	☐ USTED ☐ CÓNYUGUE	☐ NINGUNO ☐ NINGUNO	$_____ $_____
** Identifique la fuente de “otros” ingresos: _____			

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Certificado de Discapacidad

SECCIÓN 4: Esta sección de la solicitud se debe completar por el proveedor tratante. Proveedor, por favor verifique y certifique que el solicitante se beneficiará del uso de la tecnología solicitada.

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Por favor, siga las instrucciones para asegurar que la solicitud sea procesada con rapidez y precisión. Escriba claramente, en letras mayúsculas y solo use tinta azul o negra. Corregir los errores con corrector líquido blanco

Nombre del solicitante: _____

Información del proveedor:

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Información de negocio:

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Número de certificación/licencia: _____

Fecha de expiración (mes/día/año): _____

Profesión del proveedor:

- ☐ Doctor/Médico
- ☐ Audiólogo
- ☐ Especialista en dispositivos auditivos del habla
- ☐ Patólogo
- ☐ Otro (por favor describa):

_____

Firma: _____ Fecha: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Condiciones de Aceptación

SECCIÓN 5: Revise la siguiente sección en su totalidad

Entiendo y acepto lo siguiente (por favor, inicie cada línea para confirmar comprensión y acuerdo):

_____ 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.

_____ Si la solicitud del equipo es para un menor, todos los equipos, obligaciones y responsabilidades serán transferidos cuando cumplan los 18 años.

_____ El DHS y la DDHH no son responsables por cualquier o todos los reclamos, daños, y gastos que surjan del uso o mal uso del equipo por mi o cualquier otra persona.

_____ Se requiere firma para la entrega.

_____ La DDHH envía por correo electrónico la información de seguimiento, entiendo que soy responsable del seguimiento de la entrega.

_____ DDHH no se hace responsable de los paquetes que puedan ser perdidos o robados, voy a monitorear la entrega para garantizar la recepción.

_____ Después de tres (3) intentos de entrega, el servicio de envío devolverá el equipo al remitente.

_____ Si no proporcionó cambios en la información, incluyendo, pero no limitado a un cambio de dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico a la DDHH, el envío se puede retrasar.

_____ El DHS y la DDHH no son responsables de planes de servicio o facturas asociadas con el equipo.

_____ La DDHH no reemplazará un dispositivo dañado por rotura, se recomienda adquirir una funda protectora si procede.

_____ Si el equipo no está funcionando, **no** trate de repararlo o desarmarlo.

_____ Si el equipo es devuelto y la DDHH de NJ determina que ha sido dañado, **no** se permitirá un reemplazo.

_____ Los equipos sólo se sustituirán si están dentro del periodo de garantía.

_____ Si el equipo es reportado como perdido, **no** se permite un reemplazo.

_____ Si el equipo es robado o dañado por alguien que no sea yo, se debe presentar una denuncia policial y una copia de la denuncia se debe proporcionar a la DDHH antes de que se permita un reemplazo.

_____ Antes de una mudanza fuera del estado, me pondré en contacto con la DDHH para arreglar la devolución del equipo.

_____ Debo hacer arreglos para devolver el equipo si yo no puedo hacerlo.

_____ Hay una espera de cinco (5) años antes de solicitar equipo idéntico. Puedo volver a solicitar equipo idéntico después de cinco (5) años.

_____ Hay un límite de un (1) equipo idéntico por solicitud.

_____ Hay un límite de un (1) dispositivo inalámbrico por solicitud.

_____ Si elijo un Smartphone, se requiere un plan de servicio celular. Todos los Smartphones ofrecidos en este programa están “desbloqueados” para que la persona pueda elegir un proveedor de servicios de su elección.

_____ Yo soy responsable del costo del plan de telefonía móvil. Los solicitantes que necesiten un servicio de Internet de bajo costo pueden ser elegibles a través de LifeLine: Home - Universal Service Administrative Company (lifelinesupport.org)

_____ Las tabletas son sólo Wi-Fi y no requieren un plan de servicio.

_____ La DDHH no proporciona fundas protectoras para los dispositivos inalámbricos. Los dispositivos se pueden romper si se caen. La DDHH no reemplazará un dispositivo dañado por rotura.

_____ 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.

_____ Si no sigo estas Condiciones de Aceptación, se me puede negar el beneficio de tener el equipo ofrecido por la DDHH de New Jersey.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos disponibles: (elija todos los que aplican)

☐

Sonic Alert HA360MK-II

- Incluye unidad principal HomeAware HA360M-II con detector de humo/monóxido de carbono integrado
- Incluye botón de timbre HA360SA
- Incluye agitador de cama HA360V-II
- Pantalla de alerta desplazable de 2 pulgadas
- Notificaciones sonoras, de vibración y estroboscópicas
- Alarma acústica de hasta 105 dB
- Alertas personalizables
- Accesible a través de la aplicación para smartphone disponible
- Funciona con la radio meteorológica y el sistema de seguridad doméstico
- Un (1) año de garantía

☐

Sonic Alert HA360B

- Complemento opcional del Sonic Alter HA360MK-II
- Se conecta a la unidad principal, los transmisores y los receptores de HomeAware
- Luz estroboscópica de alta luminosidad para una máxima visibilidad
- La batería completamente cargada dura 48 horas
- Carga completa en dos (2) horas
- Un (1) año de garantía

☐

Sistema de Notificación de Alerta de Entrada ADA

- Sistema autónomo para alertas telefónicas y de entrada en casa, y despertador totalmente operativo
- Sonidos fuertes, luces intermitentes brillantes y fuertes vibraciones en la cama
- Cubre hasta 260 pies de campo abierto
- Hasta 5 años de duración de la batería
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos disponibles: (elija todos los que aplican)

☐

Agitador de cama Bluetooth portátil Vibio

- Agitador de cama inalámbrico de viaje
- Se conecta directamente a un teléfono móvil o tableta, mediante Bluetooth
- Alertas táctiles y visuales de llamadas entrantes y mensajes de texto
- Potencia de vibración ajustable de suave a fuerte
- Configura hasta 10 multialarmas
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

☐

Reloj despertador ADA Pro

- Reloj despertador con agitador de cama
- Sonidos fuertes ascendentes, con diferentes frecuencias
- Luces intermitentes brillantes
- Potentes vibraciones
- Alarma fácilmente ajustable
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

☐

Nighthawk 900-0230

- Alarma de monóxido de carbono
- Pantalla digital
- Lectura digital continua
- Diez (10) años de garantía

☐

Clarity D714

- Teléfono inalámbrico amplificado
- Amplifica el sonido entrante hasta 40 dB
- Botones retroiluminados extra grandes
- Altavoz en el teléfono inalámbrico
- Enganche para cinturón y toma del teléfono de 2.5 mm
- Elimina la interferencia y la distorsión
- Compatible con audífonos
- Un (1) año de garantía

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos disponibles: (elija todos los que aplican)

☐

Geemarc Amplipower60+

- Teléfono amplificado
- Control de volumen del receptor de hasta 67 dB
- Control de tono ± 10dB
- Volumen del timbre ajustable
- Compatible con audífonos
- Indicador visual de timbre extra brillante (estroboscópico)
- Salida de agitador
- Un (1) año de garantía

☐

Amplificador personal ADA Maxi Pro

- Amplificador de sonido personal digital con Bluetooth, para conversación y amplificación del teléfono móvil
- Recargable y fácil de usar
- Incluye auriculares estéreo y micrófono interno
- Fácil ajuste del volumen, sonido claro y sin ruidos
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

☐

Williams Sound Pocketalker Ultra

- Amplifica el sonido a la vez que reduce el ruido de fondo
- Diseño ligero para mayor portabilidad y facilidad de uso
- Control de volumen ajustable con el dedo
- Cinco (5) años de garantía, accesorios 90 días

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos disponibles: (elija todos los que aplican)

☐

Sistema de auditivo de TV ADA Maxi Pro

- Sistema auditivo Bluetooth tres (3) en uno (1)
- Digital, amplificación para conversaciones, teléfono móvil y TV
- Incluye auriculares estéreo con micrófono, con transductores semicerrados que ofrecen un sonido nítido
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

☐

Bucle de Cuello Comfort Audio

- Bucle para el cuello ligero y fácil de usar
- Equipado con bobina en T
- Amplificación y enfoque para las conversaciones
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

☐

Contacta LA-LOOP PAD

- Almohadilla de bucle auditivo inductivo
- Audición de forma inalámbrica y directamente desde la fuente
- Transmisión de audio desde televisores, equipos de música y otros dispositivos de audio
- Procesamiento de audio claro integrado
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

☐

Timbre con Cámara Web Inteligente SquareGlow

- Dispositivo versátil que puede funcionar como receptor y como accesorio
- Detecta y proporciona imágenes de vídeo en directo
- Se puede añadir a cualquier receptor SquareGlow
- Personalizable según las preferencias
- Dos (2) años de garantía, accesorios 30 días

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos disponibles: (elija todos los que aplican)

☐

Minicom IV

- Teletipo (TTY)
- Código Turbo e identificación automática
- Pantalla inclinada de 20 caracteres
- Teclado de 43 teclas y 4 filas
- Puerto de impresora para conectar una impresora externa
- Un (1) año de garantía

☐

VTech DM221

- Monitor para bebé
- La tecnología digital DECT6.0 elimina el ruido de fondo y evita las interferencias
- Alerta de sonido y vibración
- Indicador de sonido de 5 niveles para control visual
- Funciona también como luz nocturna
- Un (1) año de garantía

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Dispositivos disponibles: (elija UNO)

☐

Tableta - Apple iPad

- 64GB
- Solo con Wi-Fi
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.

☐

Tableta - Samsung Galaxy

- 64GB
- Solo con Wi-Fi
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.

☐

Smartphone - Apple iPhone

- 128GB
- Wi-Fi y 4G
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.

☐

Smartphone - Google Pixel

- 128GB
- Wi-Fi y 4G
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.

IMPORTANTE: El dispositivo vendrá con las siguientes aplicaciones accesibles para la sordera y discapacidad auditiva preinstaladas: retransmisión IP, servicio de retransmisión de video, servicio telefónico con subtítulos IP, videollamadas y videomensajes.

SECCIÓN 6: Si está ayudando a otra persona a completar 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.
- Corrija los errores con corrector líquido blanco

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

☐ Tutor legal/Miembro de familia
☐ Amigo
☐ Abogado
☐ Agencia
☐ Defensor
☐ Trabajador social
☐ Otro (especificar): _____

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

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del preparador: _____

Número de teléfono: _____

ENVÍE EL FORMULARIO POR:

CORREO POSTAL:
Division of the Deaf and Hard of Hearing
Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

CORREO ELECTRÓNICO:
DDHH.communications2@dhs.nj.gov

O FAX:
(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL:
(609) 588-2648
(800) 792-8339
(609) 503-4862 videollamada

FOR OFFICE USE ONLY:

☐ ELIGIBLE ☐ INELIGIBLE, REASON: _____

VERIFIED BY: _____ DATE: _____

VERIFIED BY: _____ DATE: _____