

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MAT – PARTE 1

TELECOMUNICACIONES ACCESIBLES DE MARYLAND

301 W. Preston Street, Suite 1008A, Baltimore, MD 21201

800-552-7724 o 410-767-6960 (voz/TTY) 443-453-5970 (videoteléfono) mdrelay.org

Complete en letra de imprenta. Use tinta.

Nombre	Apellido	Primer nombre	Inicial del 2.º nombre
Dirección postal (<u>no</u> debe ser un apartado de correos)			Apto.
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos)		Fecha de nacimiento: mm/dd/aaaa	

Correo electrónico

Su condado (*marque uno*):

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allegany | <input type="checkbox"/> Carroll | <input type="checkbox"/> Harford | <input type="checkbox"/> Saint Mary's |
| <input type="checkbox"/> Anne Arundel | <input type="checkbox"/> Cecil | <input type="checkbox"/> Howard | <input type="checkbox"/> Somerset |
| <input type="checkbox"/> Ciudad de Baltimore | <input type="checkbox"/> Charles | <input type="checkbox"/> Kent | <input type="checkbox"/> Talbot |
| <input type="checkbox"/> Condado de Baltimore | <input type="checkbox"/> Dorchester | <input type="checkbox"/> Montgomery | <input type="checkbox"/> Washington |
| <input type="checkbox"/> Calvert | <input type="checkbox"/> Frederick | <input type="checkbox"/> Prince George's | <input type="checkbox"/> Wicomico |
| <input type="checkbox"/> Caroline | <input type="checkbox"/> Garrett | <input type="checkbox"/> Queen Anne's | <input type="checkbox"/> Worcester |

Voz Tel. con transcripción TTY VCO HCO STS Video

Número de teléfono Marque con un círculo todo lo que corresponda

¿No tiene teléfono? ¿No puede usar el teléfono? ¿A quién podemos llamar?

Nombre	Voz Tel. con transcripción TTY VCO HCO STS Video
Parentesco	Número de teléfono Marque con un círculo todo lo que corresponda

¿Menor de 18 años? ¿Tiene tutor?

Nombre del padre/de la madre/del tutor	Correo electrónico
Número de teléfono	Voz Tel. con transcripción TTY VCO HCO STS Video Marque con un círculo todo lo que corresponda

Su medio de comunicación—marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Voz | <input type="checkbox"/> Lectura de labios | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas estadounidense (ASL) | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas en inglés |
| <input type="checkbox"/> Notas escritas | <input type="checkbox"/> Teléfono de texto (TTY) | <input type="checkbox"/> Braille | |

¿Presentó una solicitud antes?

- No Sí—¿En qué año? _____

Para solicitar esta información en un formato alternativo, comuníquese con

Atención al Cliente del Servicio de Relevos de Maryland al 800-552-7724 o al 410-767-6960 (voz/TTY), 443-453-5970 (videoteléfono)

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MAT – PARTE 2 ELEGIBILIDAD

TELECOMUNICACIONES ACCESIBLES DE MARYLAND

301 W. Preston Street, Suite 1008A, Baltimore, MD 21201

800-552-7724 o 410-767-6960 (voz/TTY) 443-453-5970 (videoteléfono) mdrelay.org

PREGUNTAS SOBRE USTED/EL SOLICITANTE (si la respuesta es Sí, marque la casilla)

- ¿Es el solicitante mayor de 3 años?
- ¿Es residente de Maryland?
- ¿Es alguien que tiene problemas para usar un teléfono común debido a una discapacidad?

PREGUNTAS SOBRE SUS SERVICIOS (si la respuesta es Sí, marque la casilla)

- ¿Tiene un servicio de telefonía fija en su hogar actualmente?
Si no es así, ¿ha solicitado un servicio telefónico? Sí No
- ¿Tiene un servicio de Internet en su hogar actualmente?
Si no es así, ¿ha solicitado un servicio de Internet? Sí No

Recibe uno de los siguientes:

- Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés)
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
- Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)

Incluya una copia de la Carta de concesión de la Administración del Seguro Social.

O

- Beneficios para veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- Programa de Ayuda por Incapacidad Temporal (TDAP, por sus siglas en inglés)
- Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)
- Ayuda para farmacia, atención médica o vivienda

Incluya una copia de la documentación como prueba de elegibilidad.

O

- Vive con ingresos limitados o fijos

Incluya los últimos 2 comprobantes de sueldo O los comprobantes de pago por desempleo O los formularios de la declaración de impuestos sobre los ingresos del último año.

NO ENVÍE ORIGINALES (¡no serán devueltos!)

INCLUYA TAMBIÉN:

- Copia de su factura telefónica, de su factura del servicio de Internet o de otra factura de servicios públicos
- Copia de su identificación con fotografía, licencia de conducir o tarjeta de identificación

NO ENVÍE ORIGINALES (¡no serán devueltos!)

Por solicitudes adicionales, visite mdrelay.org.
O envíe un mensaje de correo electrónico a moreinfo@mdrelay.org.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MAT – PARTE 3

DECLARACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES

para la aceptación de bienes propiedad del estado para uso personal

Entiendo y acuerdo lo siguiente:

1. El equipo de telecomunicaciones es propiedad del estado de Maryland. El equipo se me entrega en préstamo para mi uso personal con el fin de tener acceso al teléfono y puedo usarlo mientras sea residente de este estado. Las condiciones para mi uso son las siguientes: (1) no lo venderé, empeñaré, entregaré, prestaré ni transferiré de otro modo los derechos que pueda tener sobre este equipo a otros y (2) cumpliré con todos los términos y condiciones de esta declaración, la cual acepto firmar voluntariamente.
2. Protegeré el equipo de daños causados por líquidos, temperaturas extremas o falta de cuidados. Entiendo que si el equipo se daña, es posible que se me exija que pague su reparación.
3. Si el equipo se daña, NO intentaré reparar ni desarmar el equipo. Devolveré el equipo al proveedor. Entiendo que si intento reparar o desarmar el equipo, se anulará la garantía del fabricante y se me exigirá que pague la reparación del equipo.
4. Cuando sea necesario reparar el equipo debido al USO Y DESGASTE NORMAL, a criterio de la oficina de Telecomunicaciones Accesibles de Maryland (MAT, por sus siglas en inglés), se me proporcionará el servicio técnico sin costo. Debo enviar el equipo de vuelta al proveedor para el servicio técnico.
5. Si el equipo es ROBADO, lo denunciaré a la policía de inmediato. Enviaré inmediatamente una copia de la denuncia policial a la oficina de MAT. No podré recibir un reemplazo hasta que haya hecho eso.
6. Si EXTRAVÍO mi equipo de telefonía especializada, debo informar el extravío al estado de Maryland/la oficina de MAT. Entiendo que el estado NO me entregará otra unidad en caso de extravío del equipo.
7. Entiendo que soy el único responsable del uso del equipo y que tal uso es por mi cuenta y riesgo únicamente. Soy el único responsable de toda información, incluida la información personal identificable y confidencial, que guardo en el equipo o que proporciono a otros mediante el uso del equipo, lo que incluye garantizar la exactitud, la autenticidad, la integridad y el cumplimiento de las leyes vigentes que rigen mi uso del equipo, y de todas las obligaciones y responsabilidades relacionadas. Ni yo ni ninguna otra persona tiene el derecho de imponer alguna reclamación o causa de acción contra el estado de Maryland que surja como resultado del uso del equipo, o de la incapacidad de usarlo, o en relación con ello. Si el estado de Maryland contrae una obligación como resultado de mi uso del equipo, o de la incapacidad de hacerlo, indemnizaré al estado de Maryland hasta el alcance total de dicha obligación.
8. Entiendo que es contra la ley presentar declaraciones falsas respecto de bienes del estado extraviados, dañados o robados. Entiendo que puedo ser procesado penalmente si presento declaraciones falsas. Entiendo que puedo estar sujeto a acciones penales si VENDO o EMPEÑO el equipo. Entiendo y acuerdo defender, indemnizar y liberar de responsabilidad al estado de Maryland y a sus unidades, agentes, agencias, departamentos, funcionarios, representantes y empleados ante cualquier reclamo, daño y gasto de cualquier naturaleza que pudiera surgir del uso o uso indebido, de mi parte o de cualquier otra persona, del equipo que recibí para uso personal. Además, entiendo y acuerdo que el estado de Maryland y sus unidades, agentes, agencias, departamentos, funcionarios, representantes y empleados no son responsables del equipo provisto por el proveedor del equipo ni de cualquier acto de omisión del proveedor o del fabricante del equipo. Toda reclamación o disputa sobre el equipo solo puede entablarse en contra del proveedor o del fabricante del equipo. El estado no debe considerarse el vendedor del equipo y no debe considerarse de manera alguna una parte de ninguna transacción entre el cliente y el proveedor o fabricante del equipo.
9. La falta de cumplimiento de estas Condiciones de aceptación puede resultar en que se me prive del privilegio de contar con un equipo de acceso telefónico especializado provisto por el estado de Maryland.
10. Al aprobarse el formulario de solicitud, entiendo que se me notificará de la aceptación por escrito. De ser necesario, solicitaré capacitación específica sobre el dispositivo que recibiré. Si soy menor de edad, uno de mis padres o mi tutor me acompañará a la capacitación requerida para firmar esta declaración. Si estoy físicamente imposibilitado de asistir a la capacitación, puedo llamar al 800-552-7724 (voz/TTY) o al 443-453-5970 (videoteléfono) para hacer los arreglos para un lugar de capacitación alternativo.

Tras haber leído las condiciones anteriores o luego de que me fueran leídas y explicadas, acuerdo cumplir con todos los términos y condiciones por los que mi persona, o el menor en nombre de quien firmo, reúne los requisitos para recibir el equipo solicitado y (1) cuenta con la certificación médica de discapacidad requerida; (2) cumple con las directrices de ingresos por recibir actualmente SSI, SSDI, TDAP o TANF; (3) firma la declaración de términos y condiciones para la aceptación de bienes propiedad del estado; y (4) no está recibiendo equipo similar a través de ninguna otra agencia o departamento estatal o federal.

Nombre, en letra de imprenta

Firma (*solicitante o padre/madre/tutor, si es menor de 18 años*)

Fecha

Testigo

Fecha

Firma del intérprete (*si se interpretaron los formularios*)

Fecha

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA MAT – PARTE 4

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Solicitante: Complete esta parte y entregue el formulario a su médico, audiólogo, asesor de rehabilitación o patólogo del habla.

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento: mm/dd/aaaa _____

Dirección _____ Apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____

IAutorizo a Telecommunications Access of Maryland (TAM)/MAT a que tenga acceso y use la información incluida en este Formulario de certificación de discapacidad.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Nota al proveedor de atención médica: Este formulario debe ser completado por un médico, audiólogo, asesor de rehabilitación o patólogo del habla en ejercicio y autorizado en Maryland que actúe dentro del alcance de su autorización, o por un representante autorizado de una agencia del estado o instituto educativo aprobado por Telecommunications Access of Maryland.

Certifico que la persona arriba mencionada sufre del impedimento o los impedimentos que se marcan debajo y está limitada en su capacidad de usar un teléfono común.

Firma: _____ Fecha _____

Nombre, en letra de imprenta: _____

Seleccione una opción: Médico Audiólogo Asesor de rehabilitación Patólogo del habla/lenguaje
 Otro profesional de atención médica (*especifique*) _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Número de teléfono: _____ N.º de aut./cert. del estado de Maryland _____

DISCAPACIDAD (marque todo lo que corresponda)

- Sordera total o parcial:** pérdida auditiva grave a profunda; no puede beneficiarse de la amplificación telefónica
- Dificultades auditivas:** necesita amplificación para poder usar eficazmente un teléfono
La pérdida auditiva es: leve moderada grave
- Visión parcial/ceguera:** vista con corrección de 20/200 o menos en el ojo con mejor visión o campo visual de 10 grados o menos
- Sordera/ceguera:** pérdida auditiva grave a profunda y vista con corrección de 20/200 o menos en el ojo de mejor vista, o campo visual de 10 grados o menos
- Discapacidad del habla:** no puede hablar de manera comprensible o requiere amplificación para ser escuchado por teléfono
- Discapacidad motriz:** cuerpo superior cuerpo inferior ambos: discapacidad para agarrar, levantar, sostener o discar el teléfono, o discapacidad para atender el teléfono cuando suena
- Discapacidad cognitiva:** discapacidad para discar una serie de números, acceder a una lista de números de teléfono (o memorizarla) o usar el teléfono para obtener servicios de emergencia

Nota al proveedor de atención médica: Este formulario puede enviarse por fax directamente al 410-767-4276.

O DÓBLELO y ENVÍELO POR CORREO a la dirección que se indica al dorso.

¿Preguntas? Llame a Atención al Cliente al **800-552-7724** o al **410-767-6960** (voz/TTY), **443-453-5970** (videoteléfono).

Doble, pegue con cinta y coloque una estampilla de primera clase antes de enviar por correo.

COLOQUE LA
ESTAMPILLA
DE PRIMERA
CLASE AQUÍ

**Telecommunications Access of Maryland
Maryland Accessible Telecommunications**

301 W. Preston Street
Suite 1008A
Baltimore, MD 21201-2305

Desprenda y entregue esta tarjeta a su médico, audiólogo, asesor de rehabilitación o patólogo del habla para completar y enviar la solicitud por correo.



¿Considera que se pierde de conversaciones?

Comuníquese con Relevo de Maryland.

Varias opciones de llamadas

Para toda persona que tenga problemas para usar un teléfono común.

Teléfono con transcripción

Muestra todas las palabras que dice la persona que lo llama al mismo tiempo que escucha su voz.

Programa Telecomunicaciones Accesibles de Maryland (MAT)

Equipo de asistencia GRATUITO para solicitantes calificados.

Obtenga una evaluación GRATUITA para encontrar la solución adecuada para usted. Llame al **800-552-7724** (voz/TTY) o al **443-453-5970** (videoteléfono), o visite mdrelay.org para comenzar.



Telecommunications Access of Maryland—Maryland Accessible Telecommunications

301 W. Preston Street, Suite 1008A, Baltimore, MD 21201-2305

Más información: **800-552-7724** o **410-767-6960** (voz/TTY), **443-453-5970** (videoteléfono) • Fax: **410-767-4276**

mdrelay.org • moreinfo@mdrelay.org