



Oregon

Kate Brown, Governor

Comisión de Servicios Públicos

Fondo de Protección de Servicios Residenciales

Programas de Asistencia Telefónica

201 High St SE Suite 100

Salem, OR 97301-3612

Dirección de correo postal: PO Box 1088

Salem, OR 97308-1088

1-800-848-4442

TTY: 1-800-648-3458

Fax: 1-877-567-1977

Sitio web: www.rspf.org

Correo electrónico: puc.rspf@state.or.us

Estimado solicitante:

Gracias por su interés en obtener un speech generating device (SGD, dispositivo generador de voz) del Telecommunication Devices Access Program (TDAP, Programa de acceso a dispositivos de telecomunicaciones). Nuestro objetivo es prestarles estos dispositivos a clientes elegibles con una discapacidad del habla grave o muy grave. Debido a un límite en los fondos, proporcionaremos SGD por orden de llegada.

Antes de enviar su solicitud para un SGD, le recomendamos que siga los siguientes pasos:

- *Explore la posibilidad de obtener un SGD a través de seguros privados, Medicaid o Medicare.*
- *Trabaje con su speech-language pathologist (SLP, patólogo del habla y el lenguaje) certificado por la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA, Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición) para seleccionar el SGD que mejor se adapte a sus necesidades.*
- *Comuníquese con los fabricantes o proveedores para obtener ayuda a la hora de seleccionar un SGD. (Consulte la página 1 de la solicitud adjunta).*

Complete y firme la sección A en las páginas 2 y 3 de la solicitud. Asegúrese de que su SLP complete y firme la sección B en las páginas 4 y 5. Esperamos con interés trabajar con usted.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con nosotros a través de cualquiera de los métodos indicados anteriormente, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:00 p. m.

Atentamente,

Personal del TDAP.

Solicitud de dispositivos generadores de voz del TDAP de Oregón

DISPOSITIVOS GENERADORES DE VOZ DISPONIBLES		
Proveedor	Dispositivo generador de voz	Métodos de acceso
Prentke-Romich	<ul style="list-style-type: none"> • Accent 800 • Accent 1000 • Accent 1400 • PRio • PRio Mini 	<ul style="list-style-type: none"> • NuEye • NuPoint
Teltex	<ul style="list-style-type: none"> • iPad • iPad Mini • iPad Pro (11") • iPad Pro (12.9") 	N/D
Tobii-Dynavox	<ul style="list-style-type: none"> • EM-12 • I-13 • I-16 • I-110 • SC Tablet • Indi 7 	<ul style="list-style-type: none"> • PC Eye Mini • PC Eye Plus & Eye R • Gaze Interaction • EyeMobile Plus Access
Saltillo	<ul style="list-style-type: none"> • Nova Chat 5 Plus • Nova Chat 8 Plus • Nova Chat 10 Plus • Nova Chat 12 Plus • Chat Fusion 10 Plus • Nova Chat 5 • Nova Chat 5 Dedicated Plus • Chat Fusion 8 Plus • Chat Fusion 8 Plus with ChatPoint 	<ul style="list-style-type: none"> • ChatPoint
Smartbox	<ul style="list-style-type: none"> • Grid Pad Go 8" • Grid Pad Go 10" • Grid Pad Pro 12" c/ placa de montaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Eyegaze - Irisbond Duo Eye Tracking Camera

Comuníquese con el fabricante para obtener ayuda a la hora de seleccionar un dispositivo generador de voz.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR			
PROVEEDOR	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	SITIO WEB
Prentke-Romich	1-800-262-1984	service@prentrom.com	www.prentrom.com
Teltex	1-888-515-8120	info@teltex.com	www.teltex.com
Tobii-DynaVox	1-800-344-1778	css@tobiidynavox.com	www.tobiidynavox.com
Saltillo	1-877-397-0178	info@saltillo.com	www.saltillo.com
Smartbox	1-844-341-7386	info@thinksmartbox.com	www.thinksmartbox.com

Solicitud de dispositivos generadores de voz

Comisión de Servicios Públicos de Oregon

PO Box 1088, Salem, OR 97308-1088

800-848-4442 o 503-373-7171 TTY:

800-648-3458

VP: 971-239-5845

Fax: 877-567-1977 o 503-378-6047

puc.rspf@state.or.us

TDAP de Oregon

www.rspf.org

SECCIÓN A

Llene sus datos con letra de imprenta y firme en la página 3 (información obligatoria)

Tenga en cuenta que es posible que pueda adquirir un dispositivo generador de voz a través de un seguro privado, Medicaid o Medicare. El TDAP les presta dispositivos generadores de voz para acceso telefónico a residentes de Oregon elegibles que de otro modo no podrían obtener dicho beneficio.

Nombre del solicitante
(apellido, primer nombre, segundo nombre)

Teléfono/celular

Otro teléfono

Domicilio

Departamento n.º

Ciudad

Código postal

Condado

Nombre del padre/madre/tutor *(si el solicitante es menor de edad)*

Dirección de correo postal
(si es diferente a la de arriba)

Departamento n.º

Ciudad

Código postal

Solicitante (o padre/madre/tutor)

Fecha de nacimiento del solicitante

Dirección de correo electrónico

Licencia de conducir o número de identificación de Oregon

(Si no cuenta con licencia de conducir o número de identificación de Oregon, comuníquese con el TDAP)

Nombre de contacto alternativo
(apellido, primer nombre)

Relación o parentesco
(por ejemplo, cónyuge, amigo/a, familiar o cuidador/a)

Teléfono/celular

Dirección de correo postal de la persona de contacto

Departamento n.º

Ciudad

Código postal

Autorizo a mi patólogo del habla y el lenguaje certificador a divulgar toda la información médica adecuada y necesaria requerida con el único propósito de seleccionar los bienes o servicios más adecuados proporcionados por el TDAP de Oregon.

Sí **No**

Condiciones de aceptación y acuerdo para la obtención de dispositivos generadores de voz del TDAP

LEA y FIRME el formulario que indica que entiende y acepta cumplir con las siguientes condiciones tras la aceptación de todos los dispositivos generadores de voz (Equipo) del TDAP:

- Todo el Equipo es propiedad del Estado de Oregón y lo usaré de conformidad con las leyes y reglamentos de Oregón, incluido el capítulo 860, división 033 de la Norma Administrativa de Oregón.
- No ofreceré para la venta, venderé, regalaré ni prestaré ningún Equipo a nadie. Soy financieramente responsable por cualquier daño a cualquier Equipo que no sea causado por el uso y desgaste normal, o actos de la naturaleza o desastres. [Nota: Hay disponible una lista de valores de los precios más actualizados para Equipos actuales y usados anteriormente a pedido.]
- Soy responsable del cuidado adecuado de todo el Equipo y lo usaré para acceder al teléfono y a servicios relacionados.
- No quitaré la funda protectora del Equipo. No dañaré ni estropearé el Equipo (p. ej., quitar cualquier etiqueta de identificación que indique "propiedad de Oregón", alterar el grabado láser, etc.).
- Entiendo que el Equipo puede tener un filtro web instalado para prohibir el acceso a sitios web que contengan contenido ilegal, para adultos o inadecuado. La oficina del TDAP y los proveedores del TDAP tienen mi permiso para supervisar el Equipo para garantizar un uso adecuado.
- Devolveré el Equipo defectuoso o dañado a expensas de la Comisión de Servicios Públicos. La Comisión de Servicios Públicos reparará o reemplazará el Equipo devuelto a su discreción.
- Si se produce el robo de algún Equipo, notificaré a la agencia local de aplicación de la ley dentro de las 24 horas posteriores al momento en que se descubra dicho robo. Proporcionaré una copia del informe policial a la oficina del TDAP dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha en que denuncié el robo.
- Si inundaciones, tormentas, incendios u otros actos de la naturaleza dañan el Equipo, enviaré un informe del departamento de bomberos, de seguros, de policía u otro informe adecuado sobre el evento a la oficina del TDAP dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha en que ocurrió dicho evento.
- Si me mudo a otro lugar en Oregón, informaré mi nuevo domicilio a la oficina del TDAP dentro de los treinta (30) días calendario posteriores a la mudanza.
- Soy responsable de la compra de suministros del Equipo, como auriculares, y de los costos relacionados con el uso del Equipo, como el servicio Wi-Fi.
- Devolveré todo el Equipo a la oficina del TDAP antes de mudarme permanentemente fuera de Oregón. Soy responsable del costo de reemplazo de cualquier Equipo que no devuelva antes de mudarme fuera de Oregón.
- Obtendré un permiso por escrito del administrador del TDAP de la Comisión de Servicios Públicos antes de viajar fuera del estado de Oregón con cualquier equipo durante más de 90 días.
- Si he firmado este Acuerdo en nombre de un menor o como tutor de un adulto, notificaré a la oficina del TDAP sobre un cambio de responsabilidad dentro de los cinco (5) días calendario posteriores al evento (por ejemplo, el menor cumple 18 años o hay un cambio de tutor). Entiendo que el TDAP me cobrará por cualquier Equipo si el menor no firma una nueva Condición de aceptación y acuerdo dentro de los 30 días calendario posteriores al cumpleaños número 18 del menor y yo soy responsable de pagar esa factura.
- **Entiendo que todo el Equipo se proporciona por orden de llegada y su disponibilidad depende de la provisión de fondos adecuada.**

Todas las declaraciones que he hecho en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante o padre/madre/tutor (si el solicitante es menor de 18 años)

Fecha

* Proporcione una copia de la documentación del poder notarial/tutela si firma en nombre del solicitante.

SECCIÓN B

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Esta sección SOLO debe ser completada por un patólogo del habla y el lenguaje certificado por la ASHA.

DIFICULTADES (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)

Dificultad del habla

Moderada

Grave

Sin discurso utilizable

Dificultad del lenguaje

Expresiva

Receptiva

Ambas opciones

Otras dificultades (a los fines informativos del TDAP solamente)

Dificultad para oír/sordera

Leve

Moderada

Grave

Profunda

Problemas de movilidad

Superior

Inferior

Ambas opciones

Problemas cognitivos

Leves

Moderados

Graves/profundos

SOLICITUD DE DISPOSITIVO GENERADOR DE VOZ

Solicitud de dispositivo principal: _____

Método de acceso (si es necesario): _____

Solicitud de dispositivo secundario: _____

Método de acceso (si es necesario): _____

SELECCIÓN DE LA APLICACIÓN DE VOZ (SOLO PARA IPADS)

Si selecciona un iPad, proporcione el nombre de la aplicación de voz a continuación y proporcione una justificación para este pedido como una enmienda a la presente solicitud.

Nombre de la aplicación: _____

Continúe a la página 5 →

SECCIÓN B (CONTINUACIÓN)

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Proporcione la siguiente información en detalle como una enmienda a la solicitud:

I. Habilidades de comunicación del solicitante:

- Capacidad para comunicarse sin el uso de un dispositivo.
- Experiencia previa con dispositivos (si corresponde).
- Por qué ya no se usan los dispositivos de propiedad o emisión anteriores (si corresponde).
- Medio de comunicación actual del solicitante.

II. Selección del dispositivo:

- Enumere todos los dispositivos considerados y la justificación para la eliminación.
- Justificación para la selección de un dispositivo específico.
- Indicaciones para el éxito con el dispositivo seleccionado.
- Describa la experiencia del solicitante con el dispositivo seleccionado (si corresponde).
- Justificación para la selección de un dispositivo alternativo (secundario).
- Indicaciones para el éxito con un dispositivo alternativo (secundario).
- Describa la experiencia del solicitante con el dispositivo alternativo (secundario) (si corresponde).

III. Uso del dispositivo:

- Expectativas sobre la capacidad de comunicación del solicitante mientras usa el dispositivo.
- Duración percibida de la necesidad de usar el dispositivo.
- Planes para una comunicación telefónica exitosa con el dispositivo.
- Planes continuos del patólogo del habla y el lenguaje para ayudar al solicitante a usar el dispositivo.
- Apoyo necesario para que el solicitante tenga éxito en el uso del dispositivo (p. ej., cuidador/a, familiares, otros profesionales).

Obligatorio: *Por la presente certifico que* _____
(Nombre del solicitante: apellido, primer nombre)

requiere el uso de un dispositivo generador de voz para comunicarse de manera efectiva por teléfono.

PATÓLOGO DEL HABLA Y EL LENGUAJE CERTIFICADO POR LA ASHA

Nombre (escriba en letra de imprenta o a máquina) _____ Título _____ Número de licencia de la ASHA _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

() - () -
Teléfono _____ Fax _____ Dirección de correo electrónico _____

Firma _____ Fecha _____