Comisión de Servicios Públicos de Oregon
(Oregon Public Utility Commission)
PO Box 1088, Salem, OR 97308-1088
1-800-848-4442 o 503-373-7171
Teletipo (TTY: 800-648-3458
Video teléfono: 971-239-5845
Fax: 877-567-1977 503-378-6047
Email: puc.rspf@state.or.us

Solicitud del Programa de Acceso de Aparatos de Comunicación (TDAP) de Oregon

www.tdap.oregon.gov

SECCIÓN A

Favor de proporcionar su información.

Las áreas marcadas son obligatorias

Nombre del solicitante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Nombre del tutor/guardián (si el solicitante es menor de edad) _____

Número de teléfono principal (___) ___-_____ Número de teléfono secundario (___) ___-_____

Domicilio _____ No. de Departamento _____

Ciudad _____ Código postal _____ Correo electrónico _____@_____

Domicilio para correspondencia (si es diferente al de arriba) _____ Departamento # _____ Ciudad _____ Código postal _____

Domicilio para correspondencias (si es diferente al de arriba) _____ Departamento _____ Ciudad _____ Código postal _____

Licencia de manejo de Oregon o número de identificación _____

Necesitamos su licencia de manejo de Oregon o identificación para verificar que vive en Oregon. Si usted no tiene licencia o identificación, favor de enviar una copia de su más reciente factura de servicios públicos o estado de cuenta de sus beneficios con esta solicitud application.

Favor de proporcionar información de contacto de alguien que pueda ponerse en contacto con usted, en caso que usted no esté disponible. Si usted ha nombrado a un tutor legal o tiene un poder notarial (POA, por sus siglas en inglés), favor de proporcionar la documentación de la tutela o del poder notarial.

Nombre de la persona a contactar (Apellido, Nombre, Segundo Nombre) _____ Parentesco _____ No. de Teléfono (___) ___-_____ ☐ Casa ☐ Celular

Domicilio para correspondencia de la persona a contactar _____ Departamento _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

SECCIÓN B Selección del Equipo

Por favor seleccione un aparato y un accesorio *opcional*.

B1 Si lo sabe, por favor escriba en la línea de abajo el modelo del aparato (y un accesorio *opcional*) que está solicitando, después proceda a la sección C.

_____

B2 Si no conoce el modelo del aparato, por favor seleccione ya sea un aparato celular inalámbrico o un teléfono fijo o una tableta.

☐ **Teléfono fijo (diríjase a B3)** O ☐ **Inalámbrico - Teléfono celular o Tableta (diríjase a B4)**

B3 Seleccione un aparato telefónico fijo según su discapacidad y cualquier característica correspondiente. Usted debe seleccionar solo un accesorio *opcional*.

AUDICIÓN

☐ **Teléfono Amplificado con Cordón**
☐ Pantalla con Identificador de Llamadas

☐ **Teléfono Amplificado Inalámbrico**
☐ Pantalla con Identificador de Llamadas
☐ Contestadoara telefónica

☐ **Teléfono Capcionado**
☐ Teléfono fijo solamente
☐ Teléfono fijo de Internet de alta velocidad

☐ **Téléfono teletipo TTY 4425**

☐ **Accesorio para teléfono de retransmisión continua auditiva y de voz:**
☐ Luz Intermitente ☐ Timbre Alto ☐ Juego Home Aware ☐ Conector para aparato auditivo (Sencillo)
☐ Auriculares ☐ Conector Jack de cuello ☐ Contestadora telefónica ☐ Conector para aparato auditivo (Dual)

VISIÓN

☐ **Teléfono alámbrico con teclas grandes / Teclado de voz / identificador de llamadas de voz**
- ☐ Teclas blancas
- ☐ Teclas negras
- ☐ Pantalla de identificador de llamadas

☐ **Teléfono inalámbrico con teclas grandes con teclado de voz / identificación de llamadas de voz**
- ☐ Pantalla con identificación de llamadas

HABLA

☐ **Teléfono alámbrico con amplificador del habla continuo**

☐ **Electrolarynx**

RECONOCIMIENTO

☐ **Teléfono alámbrico con sistema de marcación por fotografías**

MOVILIDAD

☐ **Altavoz de manos libres con alavoz y control remoto**

Accesorio:
- ☐ Marcador de voz
- ☐ Interruptor de almohadilla
- ☐ Interruptor de aire
- ☐ Auriculares
- ☐ Micrófono de Solapa

B4 Seleccione un aparato inalámbrico. Usted debe seleccionar un accesorio *opcional*.

APARATOS INALÁMBRICOS – TODAS LAS DISCAPACIDADES

☐ **iPad** (Solo Wi-Fi)
☐ **iPad Mini** (Solo Wi-Fi)
☐ **Tableta Android (Solo Wi-Fi)**
☐ **iPhone***
☐ **Teléfono Celular Android***

Accesorio:
- ☐ Amplificador de teléfono celular de Bluetooth
- ☐ Cable para el cuello de Bluetooth

APARATOS INALÁMBRICOS – MOVILIDAD

☐ **Tableta Android** (Solo Wi-Fi)
☐ **Teléfono Celular Android***

****La tableta Android y el teléfono celular tienen Sésamo Abierto precargado en el dispositivo**

☐ **Accesorio:**
- ☐ Sistema de montaje

* Los teléfonos celulares de iPhones y Android se proporcionan desbloqueados y pueden usarse con su proveedor celular preferido.
El solicitante es responsable por todos los cargos relacionados con los servicios asociados con el uso del teléfono.

**Para obtener mayor información acerca de Sesame Connect o Open Sesame, por favor visite www.razmobility.com o llámenos al 1-800-848-4442.

SECCIÓN C

Condiciones de aceptación para el equipo TDAP

Favor de LEER y FIRMAR este formulario indicando que comprende y que cumplirá con las condiciones siguientes al momento de aceptar el equipo TDAP:

- Todo el equipo es propiedad del Estado de Oregon, y usaré el Equipo de conformidad con las leyes y regulaciones de Oregon, incluyendo la División 33 del Capítulo 860 OAR.
- Soy responsable del cuidado apropiado del Equipo y los costos relacionado con el uso de todo el Equipo (incluyendo, entre otros: las baterías, servicio de teléfono y servicios de Internet).
- No ofreceré en venta, venderé, regalaré, empeñaré o prestaré ningún Equipo a nadie. En caso de hacerlo, seré responsable del costo de reemplazo del Equipo. Soy financieramente responsable por cualquier daño a cualquier Equipo que no sea causado por el uso normal o por desastres naturales, o si el Equipo se pierde.
- Si cualquier Equipo es robado, notificaré a las agencias del orden público dentro de un lapso de veinticuatro (24) horas a partir de que se haya descubierto el robo. Proporcionaré una copia del reporte de la policía a TDAP dentro de los cinco (5) días hábiles desde la fecha en que reporté el robo.
- No intentaré reparar ningún Equipo. Si el Equipo requiere reparación contactaré a TDAP. Enviaré el Equipo defectuoso o dañado a expensas de TDAP. TDAP reparará o reemplazará el Equipo enviado a su discreción. Si lo solicito TDAP me enviará el Equipo reparado o reemplazado.
- Si aplica, no removeré el estuche protector del Equipo. No dañaré, ni pintaré el Equipo para remover las etiquetas de propiedad e identificación de Oregon, ni alteraré los grabados láser.
- Si aplica, entiendo que el Equipo tiene instalado un filtro web para prohibir el acceso a páginas web que tengan contenido ilegal. TDAP y los vendedores de TDAP tienen mi permiso para monitorear el Equipo para asegurar el uso apropiado.
- Si el Equipo se daña por inundaciones, tormentas, incendios u otros actos naturales, enviaré el reporte de incendio, seguro o cualquier otro incidente a TDAP dentro de los cinco (5) días hábiles desde la fecha en que ocurrió el evento.
- Si desconecto mi servicio telefónico, regresaré todo el Equipo a TDAP dentro de un lapso de treinta (30) días a expensas de TDAP.
- Si cambio de domicilio dentro del estado de Oregon, reportaré mi nuevo domicilio a TDAP dentro de un lapso de treinta (30) días de la fecha de la mudanza.
- Regresaré todo el Equipo a TDAP antes de mudarme permanentemente fuera del estado de Oregon. Soy responsable del costo de reemplazo del Equipo si no lo regreso antes de mudarme fuera de Oregon.
- Obtendré un permiso por escrito del gerente de TDAP antes de viajar fuera del estado de Oregon con cualquier Equipo por más de noventa (90) días.
- Si firmo esta forma a nombre de un menor de edad, o como tutor de un adulto, acuerdo notificar a TDAP acerca de cualquier cambio en dicha responsabilidad dentro de un lapso de cinco (5) días del evento (por ejemplo, si el menor cumplió 18 años de edad o si hay algún cambio en la tutela). Se me enviará una factura por el costo de reemplazo de cualquier Equipo si el menor o nuevo tutor no firma la forma de Condiciones de Aceptación dentro de un lapso de treinta (30) días en el evento de un cambio de responsabilidad.
- Entiendo que soy financieramente responsable del costo de reemplazo de todo el Equipo si no cumplo con alguna de las condiciones arriba indicadas.
- Entiendo que todo el Equipo es proporcionado "por orden de solicitud" y la disponibilidad es contingente dependiendo de los fondos adecuados.

Todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas de acuerdo a mi conocimiento.

Firma del Solicitante o Padre de Familia / Tutor (Si el solicitante es menor de 18 años de edad) **Fecha**

*Favor de proporcionar una copia del poder notarial o documentación de la tutela si firma a nombre de un solicitante.

SECCIÓN D

Certificación de discapacidad

Esta sección debe ser completada por la autoridad de certificación.

Declaración de la autoridad de certificación

Tengo una licencia de:

- ☐ Audiólogo
- ☐ Audioprotesista
- ☐ Patólogo de Habla y Lenguaje
- ☐ Asesor de Rehabilitación Vocacional
- ☐ Instructor de Rehabilitación para Ciegos
- ☐ Enfermera Practicante con Licencia
- ☐ Asistente médico
- ☐ Médico
- ☐ Optometrista
- ☐ Oftalmólogo

Favor de marcar la(s) discapacidad(es) o el/los impedimento (s) del solicitante
(Dentro del ámbito de la práctica; por ejemplo: un audioprotesista certifica la pérdida del oídos)

- ☐ Sordera / Pérdida del oído
- ☐ Ceguera / Pérdida de la vista
- ☐ Cognition / Memory
- ☐ Movilidad / Motora
- ☐ Habla

Nombre de la autoridad de certificación *(escriba claramente)*

( ) -
Número de teléfono

Licencia del estado o Número de certificación

@
Correo electrónico

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Por la presente certifico que (nombre del solicitante) _____
tiene una discapacidad o impedimento que requiere el equipo especializado para poder comunicarse efectivamente por teléfono.

Firma de la autoridad de certificación

Fecha

(Debe ser una firma original. No se aceptan firmas con sellos)

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ☐ **He completado la Sección A y proporcionado toda la información requerida.**
- ☐ **He completado la Sección B y seleccionado el equipo que satisface mis necesidades.**
- ☐ **He firmado el formulario de Condiciones de aceptación de la Sección C.**
- ☐ **La sección D ha sido completada y firmada por la autoridad de Certificación.**