

**Telecommunication Devices Access Program (TDAP) Application  
(Solicitud del Programa de acceso a dispositivos de telecomunicaciones)**

**Comisión de Servicios Públicos de Oregon**

PO Box 1088, Salem, OR 97308-1088

800-848-4442

TTY: 800-648-3458

Videoteléfono: 971-239-5845

Fax: 877-567-1977

puc.rspf@puc.oregon.gov

[www.tdap.oregon.gov](http://www.tdap.oregon.gov)

SECCIÓN



**Por favor, facilítenos sus datos.**

\*Campos obligatorios

*Nombre del solicitante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		*Fecha de nacimiento	
Nombre del padre/madre/tutor (si el solicitante es menor de edad)			
- -			
*Número de teléfono	Casa	Celular	Dirección de correo electrónico
*Domicilio		N.º de Departamento	*Ciudad
Mailing address (si es diferente a la de arriba)		N.º de Departamento	Ciudad
Dirección de envío (si es diferente a la de arriba)		N.º de Departamento	Ciudad
*Licencia de conducir o número de identificación de Oregon		*Código postal	
		- -	
		Código postal	
		Código postal	
		Código postal	
<p><b>Utilizamos su licencia de conducir o número de identificación de Oregon para verificar que vive en Oregon. Si usted no tiene una licencia de conducir o número de identificación de Oregon, incluya una copia de su factura de servicios públicos reciente o declaración de beneficios con su solicitud.</b></p>			

SECCIÓN



**Facilítenos los datos de contacto de alguien que pueda ponerse en contacto con usted si nosotros no podemos.**

*Nombre de la persona de contact (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		*Relación (por ejemplo, cónyuge, pariente, cuidador, etc.)		
- -				
*Número de teléfono	Casa	Celular	Dirección de correo electrónico	
*Dirección de correo postal de la persona de contacto		N.º de Departamento	*Ciudad	*Estado
		*Código postal		
		- -		

**Continúe a la página siguiente.**



**SECCIÓN C** **Seleccione o escriba el número de pedido o el nombre del equipo que solicita del catálogo.**

**\*Número de pedido del** \_\_\_\_\_ **or**

**Escriba el número de pedido o el nombre del equipo:** \_\_\_\_\_



**SECCIÓN D** **Lea y firme este formulario que indica que usted entiende y se compromete a cumplir con las siguientes condiciones sobre la aceptación de todos los equipos del TDAP.**

- Todo equipo del Programa de acceso a dispositivos de telecomunicaciones (el Equipo) que reciba es propiedad del State of Oregon (Estado de Oregón) durante cuatro (4) años desde la fecha de compra por parte de la Public Utility Commission (Comisión de Servicios Públicos, la Comisión). Hasta que la Comisión me informe que el Equipo ya no es propiedad del State of Oregon, asumiré que es propiedad del Estado.
- Usaré el Equipo de conformidad con las leyes y los reglamentos de Oregón, incluido el capítulo 860, división 33 de las Oregon Administrative Rules (OAR, Normas Administrativas de Oregón).
- Soy responsable del cuidado apropiado de todo el Equipo y de los costos relacionados con su uso (incluidos, entre otros, las baterías y el servicio de teléfono o Internet). Soy financieramente responsable por cualquier incumplimiento de la norma 860-033-0535, incisos (4)–(8) de las OAR.
- Soy financieramente responsable si se pierde cualquier Equipo.
- En caso de que algún Equipo necesite reparación o reemplazo, me comunicaré con la Comisión.
- Devolveré cualquier Equipo duplicado al TDAP en un plazo de 30 días desde la solicitud de la Comisión.
- No venderé, alquilaré, regalaré ni prestaré ningún Equipo a nadie. No usaré ningún Equipo como garantía para un préstamo de cualquier tipo ni como compromiso de pago para un empeño.
- Soy financieramente responsable por cualquier daño a cualquier Equipo que no sea producto del uso y desgaste normal o natural, eventos de fuerza mayor o actos de terrorismo.
- Si se produce el robo de algún Equipo, notificaré a la agencia local de aplicación de la ley correspondiente a la jurisdicción donde ocurrió el robo dentro de las 24 horas posteriores al momento en que se descubra dicho robo. Entregaré a la Comisión una copia del del reporte de la agencia de aplicación de la ley donde se describa el robo, incluidos la ubicación, la fecha, la hora en que se descubrió el robo y el nombre, la dirección y el número de teléfono de cualquier testigo, en un plazo de 5 días hábiles desde la fecha del robo informada.

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

\_\_\_\_\_ / /  
\*Firma física o digital 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.*

**Continúe a la página siguiente.**



**Pida a una autoridad autorizada que complete esta sección y certifique su discapacidad.**

**\*Tengo una licencia de:**

Audiólogo	Médico	Oftalmólogo
Especialista en audífonos	Asistente médico	Instructor de rehabilitación para ciegos del State of Oregon
Patólogo del habla y el lenguaje	Enfermero	
Consejero de rehabilitación profesional del State of Oregon	Optometrista	

**\*Discapacidad del solicitante (marque todo lo que corresponda dentro del ámbito de su profesión, por ejemplo, un patólogo del habla y el lenguaje solo puede certificar una discapacidad en el habla).**

Personas sordas/con discapacidad auditiva	Cognición/memoria	Habla
Personas ciegas/con baja visión	Movilidad/motricidad	

\_\_\_\_\_  
\*Nombre de la autoridad certificadora (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
\*Número de licencia o certificación estatal

\_\_\_\_\_  
\*Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
\*Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_  
\*Address

\_\_\_\_\_  
\*Ciudad

\_\_\_\_\_  
\*Estado

\_\_\_\_\_  
\*Código postal

**I hereby certify,**

\_\_\_\_\_  
\*\*Nombre del solicitante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

**tiene una discapacidad que requiere un equipo especializado para comunicarse de forma eficaz por teléfono.**

\_\_\_\_\_  
\*Firma física o digital de la autoridad certificadora

\_\_\_\_\_  
\*Fecha