



Estado de New Jersey
Departamento de Servicios Humanos
División de Sordos y con Discapacidades Auditivas

Solicitud para el Programa de Distribución de Equipos

La División de Sordos y con Discapacidades Auditivas de New Jersey ofrece dispositivos de asistencia gratuitos a las personas sordas o con discapacidades auditivas que cumplen los requisitos de ingresos. Los ingresos combinados del hogar deben ser del 400% del nivel de pobreza federal. Escriba aquí el número de miembros de su hogar.

| | |
|---|---|
| Las guías de ingresos para 2022 se encuentran enumeradas a continuación | Directrices federales de pobreza para 2022 |
| Número de personas en la familia/hogar debe de estar al 400% | |
| 1 | \$54.360 |
| 2 | \$73.240 |
| 3 | \$92.120 |
| 4 | \$111.000 |
| 5 | \$129.880 |
| Para cada personas adicional, agregar \$18.880 | Fuente: Department of Health and Human Services de Estados Unidos |

Siga esta lista de control para completar esta solicitud.

- Una copia legible de un documento de identidad emitido por el gobierno de NJ, como una licencia de conducir o tarjeta de identificación
- Una copia de su factura de teléfono y/o servicio de Internet de NJ que muestre su nombre, dirección y número de teléfono
- Una copia de sus recibos de pago o fuente de ingresos más recientes, es decir, SSI, SSDI o una copia de su más reciente formulario 1040 de impuestos de ingresos federales y/o formulario 1040 de impuestos de ingresos de NJ
- La solicitud completada (**Escribir de forma legible o completar el formulario en línea y luego imprimirlo para las firmas**)
- Certificado de Discapacidad Completado (**Escribir de forma legible o completar el formulario en línea y luego imprimirlo para las firmas**)
- Verificar el equipo solicitado
- Envíe todas las páginas de este formulario por correo, correo electrónico, o fax al:

DDHH Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074
Fax: 609-588-2528
DDHH.communications2@dhs.nj.gov

Formulario del Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Formulario de solicitud

Escribir a máquina o en letra imprenta en tinta azul o negra.

Primer nombre: Inicial de segundo nombre: Apellido:

Dirección postal

Calle – 1^{era} línea

Calle – 2^a línea

Ciudad: Condado: Código postal:

Número de teléfono: (seleccione uno) Voz: Videollamada: Fax: TTY/TDD: Celular:

Correo electrónico:

Dirección física *(Si no es la misma que la dirección postal)*

Calle – 1^{era} línea

Calle – 2^a línea

Ciudad: Condado: Código postal:

Prueba de identificación

Proporcione una copia de cada punto tal y como se describe a continuación:

- Una copia legible de un documento de identidad emitido por el gobierno de NJ, como una licencia de conducir o tarjeta de identificación
- Una copia de su factura de teléfono y/o servicio de Internet de NJ que muestre su nombre, dirección y número de teléfono
- Una copia de sus recibos de pago o fuente de ingresos más recientes, es decir, SSI, SSDI o una copia de su formulario 1040 de impuestos de ingresos federales y/o formulario 1040 de impuestos de ingresos de NJ más reciente.

¿Cómo identifica su discapacidad? (seleccionar uno)

Sordo y con discapacidad auditiva: Leve Moderado Profundo no puede hablar de forma inteligible

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

Firma de solicitante:

Fecha:

Mes/día/año

DDHH Equipment Distribution Program

PO Box 074

Trenton, NJ 08625-0074

Fax: 609-588-2528

DDHH.communications2@dhs.nj.gov

Formulario del Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Certificación de Discapacidad

Certificador: Identificar y verificar que el/la solicitante se beneficiará del uso de la tecnología solicitada. Escriba a máquina o con letra imprenta clara en tinta azul o negra.

Nombre de solicitante:

Fecha de hoy: (Mes/día/año)

Nombre del certificador

Primer nombre: Inicial de segundo nombre: Apellido:

Nombre del negocio:

Calle – 1^{era} línea

Calle – 2^a línea

Ciudad: Condado: Código postal:

Número de teléfono: Fax:

Correo electrónico:

Número de certificado/licencia:

Fecha de expiración: (mes, día, año)

Su profesión:

Doctor/ médico(a)

Audiólogo(a) o especialista de dispositivo auditivo

Logopeda

Otro (describir)

Firma:

Fecha:
Mes/día/año

DDHH Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074
Fax: 609-588-2528
DDHH.communications2@dhs.nj.gov

Formulario del Programa de Distribución de Equipos
Condiciones de aceptación de NJ DDHH

Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- La NJ DDHH no es responsable del servicio telefónico Wi-Fi ni de las facturas.
- Si cambio mi dirección o número de teléfono en New Jersey, proporcionaré información actualizada a NJ DDHH dentro de 30 días.
- En caso de fallecimiento, haré los arreglos para devolver mi equipo.
- Si me mudo a otro estado, me pondré en contacto con NJ DDHH para organizar la devolución del equipo antes de mudarme. Protegeré el equipo para que no se dañe. Seré responsable de proporcionar baterías, papel y otros consumibles necesarios.
- Si el equipo no funciona, NO intentaré repararlo o desmontarlo. Me pondré en contacto con NJ DDHH para seguir instrucciones para devolver el equipo. El equipo, incluyendo todos los accesorios, debe ser devuelto al fabricante en las cajas originales si la garantía no ha expirado.
- Si el equipo se reporta como perdido, NO se permitirá un reemplazo.
- Si el equipo es robado o dañado por alguien que no sea yo, lo denunciaré a la policía y proporcionaré una copia del informe a NJ DDHH antes que se permita un reemplazo.
- El equipo es la propiedad del estado. No venderé, empeñaré, daré o prestaré el equipo a otras personas fuera de mi hogar. Si lo hago, puedo ser perseguido penalmente.
- Si soy menor de edad, el equipo, las obligaciones y las responsabilidades se transferirán a mí cuando cumpla 18 años.
- Es contrario a la ley presentar declaraciones falsas en relación con la solicitud o el equipo. Si lo hago, puedo ser perseguido penalmente.
- Estoy de acuerdo en indemnizar al Estado de New Jersey por cualquier reclamación, daño y gasto que surja del uso o mal uso del equipo por cualquier persona o por mí mismo.
- Si no cumplo con estas condiciones de aceptación, se me pueden negar tener equipos de NJ DDHH.
- A través de este programa se proporciona un límite de un (1) detector de humo o sistema de alerta para bebés.
- Los hogares deben esperar cinco (5) años antes de recibir otro teléfono gratuito.

Firma de solicitante:

Fecha:

DDHH Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074
Fax: 609-588-2528
DDHH.communications2@dhs.nj.gov

Formulario del Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Artículos para el programa de distribución de equipos



La Gentex 7139 para montaje en pared es una alarma de humo fotoeléctrica de estación única, diseñada para avisar con fiabilidad de la presencia de humo cuando se requieren alarmas audibles y visuales. *Se recomienda emparejar este artículo con el dispositivo Sonic Alert HomeAware.*



La Nighthawk 900-0230 es una alarma de monóxido de carbono que funciona con pilas y que proporciona una protección fiable contra los peligros del monóxido de carbono y tiene una garantía limitada de 7 años. *Se recomienda que este artículo se empareje con el dispositivo Sonic Alert HomeAware.*



El Sonic Alert HomeAware Fire and CO Signaler (luz estroboscópica) - con detector de humo / CO, teléfono y agitador de camas incorporado. Este dispositivo se usa con su detector de humo y/o sistema de alarma CO2.



El timbre inalámbrico SadoTech es perfecto para apartamentos y casas de una sola planta. El alcance en interiores es de 500'. Tiene volumen ajustable y múltiples opciones de tono.

DDHH Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074
Fax: 609-588-2528
DDHH.communications2@dhs.nj.gov

Formulario del Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Artículos para el programa de distribución de equipos



El teléfono amplificado Geemarc Amplipower 60 Plus tiene un control de volumen del receptor de hasta 67 dB y un volumen de timbre ajustable. El altavoz ofrece una recepción más clara y un control de tono de más o menos 10 dB.



El teléfono amplificado Geemarc Amplipower 60 Plus tiene un control de volumen del receptor de hasta 67 dB y un volumen de timbre ajustable. El altavoz ofrece una recepción más clara y un control de tono de más o menos 10 dB.



El teléfono SIP 3905 de Cisco Unified ofrece funciones de accesibilidad para personas con dificultades auditivas, ciegas y con problemas de movilidad. Como muchas de estas funciones son estándar, pueden ser utilizadas por usuarios con discapacidades sin requerir ninguna configuración especial.



El CapTel 840 Plus le da la flexibilidad para satisfacer las necesidades telefónicas de los usuarios con un solo dispositivo. Funciona con una línea telefónica analógica.

DDHH Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074
Fax: 609-588-2528
DDHH.communications2@dhs.nj.gov

Formulario del Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Artículos para el programa de distribución de equipos



El Minicom IV tiene un teclado fácil de tocar con una pantalla brillante e inclinada de 20 caracteres e incluye un puerto de impresora para conectar una impresora externa.



El monitor digital de audio para bebés VTech DM221 es un sencillo sistema de vigilancia del bebé de dos piezas que funciona bien para los padres o cuidadores sordos o con dificultades auditivas.



El sistema tradicional Sonic Alert BC400 Baby Cry Transmitter es un monitor infantil inalámbrico que alerta de los llantos del bebé. Viene con un control de sensibilidad del sonido del llanto del bebé ajustable y se conecta en cualquier toma de corriente.



El receptor inalámbrico Sonic Blink, el BL300, tiene una luz estroboscópica incorporada diseñada para la señalización. La potente luz estroboscópica de este receptor de señalización proyecta 360 grados de parpadeo para eliminar los puntos ciegos.

DDHH Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074
Fax: 609-588-2528
DDHH.communications2@dhs.nj.gov