



Departamento de Servicios Humanos de New Jersey
División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva



PROYECTO DE AUDÍFONOS DE NEW JERSEY Solicitud de elegibilidad

La División para la Ceguera y Discapacidad Auditiva de New Jersey (DDHH, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) proporciona dispositivos de asistencia gratuitos a personas con sordera o discapacidades auditivas a través del Programa de Distribución de Equipos (EDP, por sus siglas en inglés). Desde 1993, la DDHH ha puesto en marcha este programa para garantizar que los residentes de New Jersey con pérdida auditiva tengan acceso a equipos críticos de telecomunicaciones y alertas vitales para la seguridad en el hogar. Al cumplir con los requisitos del programa, las personas reciben dispositivos de comunicación sin costo alguno.

Requisitos del programa:

- Debe tener una pérdida auditiva
- Debe ser residente de New Jersey
- Los ingresos totales combinados de la unidad familiar no deben superar el 400% del nivel federal de pobreza.

Número de personas viviendo en el hogar	Pautas de Pobreza Federal para el año 2025
1	\$62,600
2	\$84,600
3	\$106,600
4	\$128,600
5	\$150,600
*Por cada persona adicional, agregar \$22,000	Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Complete la solicitud usando la siguiente lista de requisitos:

- Una **copia** de UN (1) documento de la **Lista A** para establecer su residencia e identificación. **(Página 2)**
 - O una **copia** de UN (1) documento de la **Lista B** para comprobar su identificación Y una **copia** de UN (1) documento de la **Lista C** para comprobar su residencia. **(Página 2)**
- Firma del solicitante **(Página 2)**
- Incluya un correo electrónico para recibir actualizaciones del seguimiento de UPS **(Página 3)**
- Certificado de discapacidad completado por el proveedor tratante, con la firma. **(Página 4)**
- Repasar las Condiciones de Aceptación, con la firma. **(Página 5)**
- Selección de equipos **(Páginas 6-9)**
- Una **copia** conjunta o individual de la declaración de impuestos más reciente **O** de los W2 que muestren los ingresos del hogar **O** una carta de su empleador **O** carta de concesión de una agencia de servicios sociales, como una carta del Seguro Social **O** del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.
- Envíe todas las páginas de esta solicitud por correo postal, correo electrónico, o fax:

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

SECCIÓN 1: Proporcione una copia de UN (1) documento de la Lista A O una copia de UN (1) documento de la Lista B Y una copia de UN (1) documento de la Lista C.

Lista A

Documentos que comprueben identificación y residencia

Elija uno de la siguiente lista

- Tarjeta de ID de NJ o municipio
- Licencia de conducir de NJ
- ID de estudiante de NJ
- Recibo de servicios públicos, celular o internet
- Estado bancario o de seguro
- Declaración de impuestos del últimos dos años
- Recibo de pago del empleador
- Recibo de alquiler, arrendamiento, hipoteca
- Carta de la agencia de servicios sociales
- Carta del proveedor de atención médica
- Carta de una agencia gubernamental

Lista B

Documentos que comprueben identificación

Elija uno de la siguiente lista

- Tarjeta de ID estudiantil
- Expediente académico
- Pasaporte
- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir de otro país
- Tarjeta de ID consular
- Acta de nacimiento estadounidense de su hijo con su nombre
- Carta del IRS o ITIN
- Acta de matrimonio
- Decreto de divorcio
- Documento de tribunal estadounidense

Lista C

Documentos que comprueben la residencia

Elija uno de la siguiente lista

Carta firmada y fechada, incluyendo el nombre completo y el número de teléfono de la persona escribiendo la carta, de los siguientes:

- Arrendador
- Representante de la iglesia
- Proveedor médico
- Proveedor de servicios públicos
- Refugio que reconoce la residencia de NJ

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Solicitud

SECCIÓN 2: Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corregir los errores con corrector líquido blanco

IMPORTANTE: Si el equipo es para un menor, complete esta solicitud en su nombre.

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____ Pronombres: Ella Él Elle

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes / Día / Año

Número de teléfono: _____

Marque una: Celular Hogar Videollamada

Correo electrónico: _____

IMPORTANTE: Se usará el correo electrónico para proporcionar actualizaciones del seguimiento de UPS.

¿Cómo se identifica?: Sordera Discapacidad auditiva

Elija uno: Leve Moderada Significativo No puede hablar ni hacer señas

Dirección postal:

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Dirección residencial (si es diferente de la dirección postal):

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, que cumpla los requisitos del programa y que la información contenida en esta solicitud es veraz y correcta.

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Certificado de Discapacidad

SECCIÓN 3: Esta sección de la solicitud se debe completar por el proveedor tratante. Proveedor, por favor verifique y certifique que el solicitante se beneficiará del uso de la tecnología solicitada.

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Por favor, siga las instrucciones para asegurar que la solicitud sea procesada con rapidez y precisión.

- Use únicamente tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en mayúsculas.
- Corrija los errores con corrector líquido blanco.

Nombre del solicitante: _____

Información del proveedor:

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____

Información de negocio:

Calle: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Correo electrónico: _____

Número de certificación/licencia: _____

Fecha de expiración (mes/día/año): _____

Profesión del proveedor:

- Doctor/Médico
- Audiólogo
- Especialista en dispositivos auditivos del habla
- Patólogo
- Otro (por favor describa):

Firma _____

Fecha: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Condiciones de Aceptación

SECCIÓN 4: Revise la siguiente sección en su totalidad

Entiendo y acepto lo siguiente:

- El equipo es propiedad del Estado de New Jersey. No venderé, empeñaré, daré ni prestaré el equipo a personas ajenas a mi hogar. Si lo hago, entiendo que puedo ser procesado criminalmente.
- Si la solicitud del equipo es para un menor, todos los equipos, obligaciones y responsabilidades serán transferidos cuando cumplan los 18 años.
- El DHS y la DDHH no son responsables por cualquier o todos los reclamos, daños, y gastos que surjan del uso o mal uso del equipo por mi o cualquier otra persona.
- Se requiere firma para la entrega.
- La DDHH envía por correo electrónico la información de seguimiento, entiendo que soy responsable del seguimiento de la entrega.
- Después de tres (3) intentos de entrega, el servicio de envío devolverá el equipo al remitente.
- Si no proporcionó cambios en la información, incluyendo, pero no limitado a un cambio de dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico a la DDHH, el envío se puede retrasar.
- El DHS y la DDHH no son responsables de planes de servicio o facturas asociadas con el equipo.
- La DDHH no reemplazará un dispositivo dañado por rotura, se recomienda adquirir una funda protectora si procede.
- Si el equipo no está funcionando, **no** trate de repararlo o desarmarlo.
- Si el equipo es devuelto y la DDHH de NJ determina que ha sido dañado, **no** se permitirá un reemplazo.
- Los equipos sólo se sustituirán si están dentro del periodo de garantía.
- Si el equipo es reportado como perdido, **no** se permite un reemplazo.
- Si el equipo es robado o dañado por alguien que no sea yo, se debe presentar una denuncia policial y una copia de la denuncia se debe proporcionar a la DDHH antes de que se permita un reemplazo.
- Antes de una mudanza fuera del estado, me pondré en contacto con la DDHH para arreglar la devolución del equipo.
- Debo hacer arreglos para devolver el equipo si yo no puedo hacerlo.
- Hay una espera de cinco (5) años antes de solicitar equipo idéntico. Puedo volver a solicitar equipo idéntico después de cinco (5) años.
- Hay un límite de un (1) equipo idéntico por solicitud.
- Hay un límite de un (1) dispositivo inalámbrico por solicitud.
- Si elijo un Smartphone, se requiere un plan de servicio celular. Todos los Smartphones ofrecidos en este programa están “desbloqueados” para que la persona pueda elegir un proveedor de servicios de su elección.
- Yo soy responsable del costo del plan de telefonía móvil. Los solicitantes que necesiten un servicio de Internet de bajo costo pueden ser elegibles a través de [LifeLine: Home - Universal Service Administrative Company \(lifelinesupport.org\)](http://lifelinesupport.org)
- Las tabletas son sólo Wi-Fi y no requieren un plan de servicio.
- La DDHH no proporciona fundas protectoras para los dispositivos inalámbricos. Los dispositivos se pueden romper si se caen. La DDHH no reemplazará un dispositivo dañado por rotura.
- Es contra la ley presentar declaraciones falsas. Si proporciono declaraciones falsas en esta solicitud o con respecto al equipo, entiendo que puedo ser procesado penalmente.
- Si no sigo estas Condiciones de Aceptación, se me puede negar el beneficio de tener el equipo ofrecido por la DDHH de New Jersey.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos disponibles: (elija todos los que aplican)



Sonic Alert HA360MK-II

- Incluye unidad principal HomeAware HA360M-II con detector de humo/monóxido de carbono integrado
- Incluye botón de timbre HA360SA
- Incluye agitador de cama HA360V-II
- Pantalla de alerta desplazable de 2 pulgadas
- Notificaciones sonoras, de vibración y estroboscópicas
- Alarma acústica de hasta 105 dB
- Alertas personalizables
- Accesible a través de la aplicación para smartphone disponible
- Funciona con la radio meteorológica y el sistema de seguridad doméstico
- Un (1) año de garantía



Sonic Alert HA360B

- Complemento opcional del Sonic Alter HA360MK-II
- Se conecta a la unidad principal, los transmisores y los receptores de HomeAware
- Luz estroboscópica de alta luminosidad para una máxima visibilidad
- La batería completamente cargada dura 48 horas
- Carga completa en dos (2) horas
- Un (1) año de garantía



Nighthawk 900-0230

- Alarma de monóxido de carbono
- Pantalla digital
- Lectura digital continua
- Diez (10) años de garantía

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Productos disponibles: (elija todos los que aplican)



Clarity D714

- Teléfono inalámbrico amplificado
- Amplifica el sonido entrante hasta 40 dB
- Botones retroiluminados extra grandes
- Altavoz en el teléfono inalámbrico
- Enganche para cinturón y toma del teléfono de 2.5 mm
- Elimina la interferencia y la distorsión
- Compatible con audífonos
- Un (1) año de garantía



Geemarc Amplipower60+

- Teléfono amplificado
- Control de volumen del receptor de hasta 67 dB
- Control de tono ± 10 dB
- Volumen del timbre ajustable
- Compatible con audífonos
- Indicador visual de timbre extra brillante (estroboscópico)
- Salida de agitador
- Un (1) año de garantía



Minicom IV

- Teletipo (TTY)
- Código Turbo e identificación automática
- Pantalla inclinada de 20 caracteres
- Teclado de 43 teclas y 4 filas
- Puerto de impresora para conectar una impresora externa
- Un (1) año de garantía



VTech DM221

- Monitor para bebé
- La tecnología digital DECT6.0 elimina el ruido de fondo y evita las interferencias
- Alerta de sonido y vibración
- Indicador de sonido de 5 niveles para control visual
- Funciona también como luz nocturna
- Un (1) año de garantía

Programa de Distribución de Equipos de New Jersey

Dispositivos disponibles: (elija UNO)



Tableta - Apple iPad

- 64GB
- Solo con Wi-Fi
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.



Tableta - Samsung Galaxy

- 64GB
- Solo con Wi-Fi
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.



Smartphone - Apple iPhone

- 128GB
- Wi-Fi y 4G
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.



Smartphone - Google Pixel

- 128GB
- Wi-Fi y 4G
- Requiere acceso a servicio de internet.
- Incluye una garantía de (3) años.

IMPORTANTE: El dispositivo vendrá con las siguientes aplicaciones accesibles para la sordera y discapacidad auditiva preinstaladas: retransmisión IP, servicio de retransmisión de video, servicio telefónico con subtítulos IP, videollamadas y videomensajes.

SECCIÓN 5: Si está ayudando a otra persona a completar esta solicitud, complete la siguiente parte

Este formulario se escaneará para la captura informatizada de datos. Siga las instrucciones para que la solicitud se tramita con rapidez y precisión.

- Solo use tinta azul o negra.
- Escriba claramente, en letras mayúsculas.
- Corrija los errores con corrector líquido blanco

1. Marque una de las siguientes casillas sobre la relación con el solicitante.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tutor legal/Miembro de familia | <input type="checkbox"/> Defensor |
| <input type="checkbox"/> Amigo | <input type="checkbox"/> Trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Abogado | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Agencia | |

Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma del preparador: _____

Número de teléfono: _____

ENVÍE EL FORMULARIO POR:

CORREO POSTAL:

Division of the Deaf and Hard of Hearing
Equipment Distribution Program
PO Box 074
Trenton, NJ 08625-0074

O FAX:

(609) 588-2528

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL:

(609) 588-2648

(800) 792-8339

(609) 503-4862 videollamada

CORREO ELECTRÓNICO:

DDHH.communications2@dhs.nj.gov

FOR OFFICE USE ONLY:

ELIGIBLE INELIGIBLE, REASON: _____

VERIFIED BY: _____ DATE: _____

VERIFIED BY: _____ DATE: _____