



The National Deaf-Blind Equipment Distribution Program

Solicitud sección 1 de 3: Instrucciones y reglamentos

Información general

El programa nacional de distribución de equipos para personas sordo-ciegas (NDBEDP por sus siglas en inglés) apoya programas locales que distribuyen equipos a individuos de bajos recursos que son sordo-ciegos (tienen una combinación de pérdida de visión y audición) para habilitar el acceso al teléfono, comunicación avanzada, y servicios de información. Este apoyo fue un mandato por parte de la Ley de 2010 de Accesibilidad para Comunicaciones y Vídeo en el Siglo Veintiuno (CVAA por sus siglas en inglés), y es proveído por la Comisión federal de comunicaciones (FCC). Para más información acerca de la NDBEDP, por favor visite estos sitios web:

<http://www.icanconnect.org/sites/default/files/iCanConnectLinkSpanish.pdf> o

<http://transition.fcc.gov/cgb/consumerfacts/spanish/NDBEDP.html>.

¿Quién es elegible para recibir equipos?

De acuerdo a la ley CVAA, solamente las personas sordo-ciegas de bajos ingresos son elegibles para recibir equipos. Los postulantes deben proporcionar una verificación de sus estatus --de bajos ingresos y de sordo-ciegos.

Elegibilidad por ingresos

Para ser elegible, sus ingresos de familia/hogar deben ser el 400% por debajo de las directrices de pobreza federal como indicado en la siguiente tabla:

Directrices Federales de Pobreza de 2018			
Número de Personas en la unidad familiar	400% Para todos los estados, excepto Alaska y Hawaii	400% para Alaska	400% para Hawaii
1	\$48,560	\$60,720	\$55,840
2	\$65,840	\$82,320	\$75,720
3	\$83,120	\$103,920	\$95,600
4	\$100,400	\$125,520	\$115,480
5	\$117,680	\$147,120	\$135,360
6	\$134,960	\$168,720	\$155,240
7	\$152,240	\$190,320	\$175,120
8	\$169,520	\$211,920	\$195,000
Por cada persona adicional, agregue	\$17,280	\$21,600	\$19,880
Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos			

Con propósitos de determinar elegibilidad de acuerdo a ingresos para el NDBEDP, el FCC define "ingresos" y "hogar" como se describe a continuación:

"ingresos" son todos los ingresos en realidad recibidos por todos los miembros del hogar. Esto incluye salarios antes

de deducciones para impuestos, beneficios de asistencia pública, pagos de Seguro Social, pensiones, compensación de desempleo, beneficios para veteranos, herencias, pensiones alimenticias, pagos de manutención a menores, beneficios de compensación de trabajo, regalos, ganancias de lotería, y demás. Las únicas excepciones son ayuda financiera para estudiantes, alojamiento militar y asignaciones de costo de vida, ingresos irregulares de trabajos menores como el cuidado de niños, cortacésped, y demás.

Un "hogar" es un individuo o grupo de individuos que están viviendo juntos en la misma dirección como una unidad económica. Un hogar puede incluir personas relacionadas o no. Una "unidad económica" consiste de todos los individuos adultos que contribuyen y comparten los ingresos, y gastos de un hogar. Un adulto es cualquier persona diez y ocho años o mayor. Si un adulto tiene un mínimo o nada de ingresos, y vive con alguien quien le provee apoyo financiero, las dos personas se considerarán parte del mismo hogar. Niños menores de diez y ocho años que viven con sus padres o tutores se consideran ser parte del mismo hogar que sus padres o tutores.

Vea la sección 2 para la información de ingresos de familia u hogar que se debe proveer con esta solicitud.

Elegibilidad por discapacidad

Para este programa, la CVAA exige que al término "sordo-ciego" (*deaf-blind*, en inglés) se le asigne el mismo significado que le asigna la ley del Centro Nacional Helen Keller (*Helen Keller National Center Act*, en inglés). En

general, la persona debe exhibir una pérdida de visión y de audición que combinadas le causan dificultad extrema en la realización de actividades diarias de manera independiente; en el logro de ajustes psicosociales o en la obtención de trabajo.

Más específicamente, el reglamento de la NDBEDP del FCC 64.610(c)(2) indica que un individuo que es "sordo-ciego" es:

(i) cualquier persona:

(A) quien tiene una agudeza visual central de 20/200 o menos en el mejor ojo con lentes correctivos, o un defecto de campo tal que el diámetro periférico del campo visual subtiende una distancia angular no mayor de 20 grados, o una pérdida progresiva de la visión que tiene un pronóstico que conduce a una o ambas de estas condiciones;

(B) ¿Quién tiene una discapacidad auditiva crónica tan severa que la mayor parte del habla no se puede entender con óptima amplificación, o una pérdida progresiva de la audición que tiene un pronóstico que lleva a esta condición, y

(C) Para quién la combinación de impedimentos descritas en. . . (A) y (B) de esta sección causan extrema dificultad en lograr la independencia en actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial, o la obtención de una vocación. (ii) La definición en este párrafo también incluye a cualquier individuo que, a pesar de la imposibilidad de medir con precisión la audición y la pérdida de la visión debido a las limitaciones cognitivas o de

comportamiento, o ambos, se pueden determinar por medio de evaluación funcional y de rendimiento tener discapacidades severas de audición y visual que causan extrema dificultad en lograr la independencia en actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial, o la obtención de objetivos profesionales.

Las capacidades funcionales de un solicitante con respecto a la utilización de las telecomunicaciones, acceso a Internet y servicios de comunicaciones avanzadas en varios ambientes se considerarán al determinar si el individuo es sordo-ciego bajo. . . (B) y (C) de esta sección.

¿Quién puede atestiguar la elegibilidad por discapacidad de una persona?

Un profesional en ejercicio que tiene conocimiento directo de la pérdida de visión y audición de la persona como un:

- Audiologo
- Educador
- Profesional de audición
- Representante del HKNC
- Profesional de salud médica
- Escuela para ciegos y/o sordos
- Especialista en sordo-ceguera
- Logopeda
- Equipos del estado/programa de tecnología adaptada
- Profesional de la visión
- Consejero de rehabilitación vocacional

Tal profesionales también pueden incluir, en su declaración, información acerca de las capacidades funcionales del individuo para utilizar telecomunicaciones, acceso al internet, y servicios avanzados de comunicación en varios ambientes. Documentación existente que una persona es sordo-ciega como un plan de educación individualizado, o una declaración de una agencia pública o privada, tal como una carta de determinación del Seguro social, puede servir como verificación de discapacidad. Vea la sección 3 para la información sobre atestiguación de discapacidad que se debe proveer con esta solicitud.

Póliza de confidencialidad

iCanConnect está comprometido a garantizar que su privacidad sea protegida. Información proveída en esta solicitud solamente se utilizará para determinar elegibilidad para productos y servicios de iCanConnect. iCanConnect no venderá, distribuirá, ni alquilará su información personal a terceras personas a menos que usted dé su permiso, o si el programa de iCanConnect tiene por ley requerido hacerlo. iCanConnect está comprometido a garantizar que la información personal esté segura. Para poder prevenir acceso no autorizado o divulgación, procedimientos adecuados físicos, electrónicos y administrativos están en lugar para salvaguardar y asegurar la información que iCanConnect colecte.



The National Deaf-Blind Equipment Distribution Program

Solicitud sección 2 de 3: Información personal del postulante

(Por favor llene todos los campos)

Nombre de solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Sexo:** _____

(Si usted es menor de 18 años, su madre/padre o tutor legal debe firmar la solicitud.)

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Código postal: _____

Teléfono principal: _____

Voz _____ TTY _____ Video _____

Teléfono Alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Estado en el cual es residente permanente?

¿Has participado en El programa nacional de distribución de equipos para personas sordo-ciegas (NDBEDP) antes? (marque Sí o No) Sí ___ No___

En caso afirmativo, ¿en qué estado/estados participó en iCanConnect? (listar todo)

¿Recibió anteriormente equipos a través de iCanConnect en otro estado?(Marque Sí o No)

Sí ___ No___

Si la respuesta es sí, que estado/estados recibiste equipo a través de iCanConnect? (listar todo)

Preferencias del idioma (*check all that apply*):

ASL ___ Vision Cerrar ASL/PSE ___ Táctil ASL/PSE

___ Inglés (hablada) ___

No Idioma Formal ___ Pidgin Signed Inglés ___ Signed

Inglés ___ Español (hablada) ___ Otro- _____

¿Qué formato que prefiera para la correspondencia escrita?

Braille ___ Correo electrónico ___ Impresión Grande

___ Impresión estándar ___ Otro – _____

Contacto por:

Correo electrónico _____ Fax _____ Mensajería de texto
_____ TTY (marcar 711 para Relay) _____ Teléfono de Video
_____ Teléfono (voz) _____

Contacto alternativo (en caso de emergencia):

Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Código postal: _____

Teléfono principal: _____

Correo electrónico: _____

Comentarios/sugerencias (opcional):

¿Como supo de este programa?

_____ Sitio web de iCanConnect.org
_____ Conferencia o seminario
_____ Grupo de apoyo en discapacidades

- _____ Especialista en la Sordo-ceguera
- _____ Proveedor de educación / escuela
- _____ Miembros de la familia
- _____ Amigos
- _____ Proveedor de salud
- _____ Representante de Helen Keller National Center (HKNC)
- _____ Centro de vida independiente
- _____ Intérprete
- _____ Medios de comunicación / noticias (televisión, revista, radio)
- _____ Medios de social (Facebook, Twitter)
- _____ Proyecto estatal para sordo-ciegos
- _____ Centro para el viejo
- _____ Vendedor de Tecnología
- _____ Consejero de rehabilitación vocacional
- _____ Otro – _____

Elegibilidad por ingresos

Para confirmar su elegibilidad por ingresos, por favor envíe por correo postal o fax la documentación que compruebe su elegibilidad para uno de los siguientes programas federales:

- Medicaid
- Asistencia de energía para personas de bajos Ingresos
- Seguro social suplemental (SSI)
- Asistencia federal de viviendas públicas o Sección 8
- Estampillas de alimento o Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)

- Asistencia Temporal Para Familias Necesitadas (TANF) o bienestar social para trabajar (WTW)
- El programa escolar de almuerzos gratuitos del Programa nacional de almuerzos escolares

Si ninguno de estos susodichos aplica, envíe por correo postal o por fax una copia de los formularios de impuestos federales IRS 1040 del año pasado declarados por usted o miembros de su familia/hogar, o envíe otra evidencia de ingresos de su familia/hogar, como constancias recientes de beneficios de retiro de la Administración del seguro social, u otras constancias de beneficios de pension. Incluir una declaración firmada de que da fe de que lo que usted está enviando es su única fuente de ingresos.

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo información sobre mi discapacidad e ingresos, es verdadera, completa y exacta según entiendo. Autorizo a los representantes del programa a verificar la información proporcionada.

Permito que la información sobre mí sea compartida con los directores de programas actuales y sucesores de mi estado y representantes para la administración del programa y para la entrega de equipo y servicios a mí. También permito que la información sobre mí sea reportada a la Comisión Federal de Comunicaciones para la administración, operación y supervisión del programa.

Si soy aceptado en el programa, estoy de acuerdo en usar los servicios del programa únicamente para los propósitos previstos. Entiendo que no puedo vender, dar o prestar a

otra persona el equipo que me ha proporcionado el programa.

Si yo proporciono cualquier registro falso o no cumpla con estos u otros requisitos o condiciones del programa, los funcionarios del programa pueden terminar los mis servicios inmediatamente. Además, si a propósito violo estos u otros requisitos o condiciones del programa, los oficiales del programa pueden iniciar acciones legales contra mí.

Certifico que he leído, entiendo y acepto estas condiciones para participar en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordo-Ciegas).

Escribir en letra molde el nombre del postulante o de padre/madre/tutor (si el postulante es menor de 18 años):

Firma: _____ **Fecha:** _____

Solicitud Sección 3 de 3: Verificación de discapacidad

Esta sección de verificación de discapacidad debe ser completada por un profesional en ejercicio quien tiene conocimiento directo de la pérdida de visión y audición del postulante .

Por favor complete los siguientes campos, y firme e incluya la fecha abajo.

Nombre y dirección del individuo (postulante) sordo-ciego:

Nombre de solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Información Certificador:

Nombre de Certificador: _____

Título _____

Agencia/Empleador: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal:

Para este programa, la CVAA exige que al término “sordo-ciego” (deaf-blind, en inglés) se le asigne el mismo significado que le asigna la ley del Centro Nacional Helen Keller (Helen Keller National Center Act, en inglés). En general, la persona debe exhibir una pérdida de visión y de audición que combinadas le causan dificultad extrema en la realización de actividades diarias de manera independiente; en el logro de ajustes psicosociales o en la obtención de trabajo.

Más específicamente, el reglamento de la NDBEDP del FCC 64.610(c)(2) indica que un individuo que es "sordo-ciego" es:

(i) cualquier persona:

(A) quien tiene una agudeza visual central de 20/200 o menos en el mejor ojo con lentes correctivos, o un defecto de campo tal que el diámetro periférico del campo visual subtiende una distancia angular no mayor de 20 grados, o una pérdida progresiva de la visión que tiene un pronóstico que conduce a una o ambas de estas condiciones;

(B) ¿Quién tiene una discapacidad auditiva crónica tan severa que la mayor parte del habla no se puede entender con óptima amplificación, o una pérdida progresiva de la

audición que tiene un pronóstico que lleva a esta condición, y

(C) Para quién la combinación de impedimentos descritas en . . . (A) y (B) de esta sección causan extrema dificultad en lograr la independencia en actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial, o la obtención de una vocación. (ii) La definición en este párrafo también incluye a cualquier individuo que, a pesar de la imposibilidad de medir con precisión la audición y la pérdida de la visión debido a las limitaciones cognitivas o de comportamiento, o ambos, se pueden determinar por medio de evaluación funcional y de rendimiento tener discapacidades severas de audición y visual que causan extrema dificultad en lograr la independencia en actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial, o la obtención de objetivos profesionales.

Las capacidades funcionales de un solicitante con respecto a la utilización de las telecomunicaciones, acceso a Internet y servicios de comunicaciones avanzadas en varios ambientes se considerarán al determinar si el individuo es sordo-ciego bajo. . . (B) y (C) de esta sección.

Yo certifico bajo penalidad de perjurio que, según mi conocimiento, esta persona es sordo-ciega tal como es definido por el FCC en sección 1, arriba.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Envíe por fax, correo electrónico o por correo postal la solicitud completada (secciones 1, 2 y 3) a:

Organización: iKAN Connect, ATK
Dirección: 2601 Gabriel
Ciudad, Estado, Código postal: Parsons, KS 67357
E-mail: atkapps@ku.edu
Teléfono: 620-421-8367
Fax: 620-421-0954

Website: <http://atk.ku.edu/special-projects>

Si documents escaneados son sometidos, por favor utilice el formato PDF.

(Este documento está disponible por petición en copia impresa, braille, y texto electrónico.)

Declaracion de Privacidad

La Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) recopila información personal sobre individuos a través del Programa Nacional de Distribución de Equipos para Sordos-Ciegos (NDBEDP), un programa también conocido como iCanConnect. La FCC utilizará esta información para administrar el NDBEDP.

La información personal es proporcionada voluntariamente por personas que solicitan equipo (solicitantes de NDBEDP) e individuos que atestiguan la discapacidad de los solicitantes de NDBEDP. Esta información es necesaria para determinar si un solicitante es elegible para participar en el NDBEDP. Además, la información personal es proporcionada voluntariamente por las personas que presentan quejas relacionadas con

NDBEDP con la FCC en nombre de ellos mismos o de terceros. Cuando no se proporciona esta información, puede ser imposible resolver las quejas. Finalmente, el programa de distribución de equipos certificados por NDBEDP de cada estado debe presentar a la FCC cierta información personal que obtuvo a través de sus actividades NDBEDP. Esta información es necesaria para mantener la certificación de cada estado para participar en este programa.

La FCC está autorizada a recopilar la información personal que se solicita a través del NDBEDP bajo las secciones 1, 4 y 719 de la Ley de Comunicaciones de 1934, según enmendada; 47 U.S.C. 151, 154 y 620.

La FCC puede revelar la información recolectada a través del NDBEDP como lo permite la Ley de Privacidad y como se describe en el Aviso de Registros de la Ley de Privacidad de la FCC en 77 FR 2721 (19 de enero de 2012), FCC / CGB-3, Programa de Distribución de Equipo Ciego (NDBEDP),

<https://www.fcc.gov/omd/privacyact/documents/records/FCC-CGB-3.pdf>.

Esta declaración es requerida por la Ley de Privacidad de 1974, Ley Pública 93-579, 5 U.S.C. 552a (e) (3).