

# TDDP

**Programa de Distribución  
de Dispositivos de  
Telecomunicaciones de  
Pensilvania**

**Paquete de Solicitud de TDDP**



**Puede ser la respuesta  
a sus necesidades de  
telecomunicación.**

TDDP es ejecutado por la Iniciativa en Tecnología Asistencial de Pensilvania (PIAT, por sus siglas en inglés), un programa del Instituto de Discapacidades en la Universidad de Temple, en conjunto con la Oficina de PA de Rehabilitación Vocacional (OVR, por sus siglas en inglés) y la Comisión de Servicios Públicos de PA (PUC, por sus siglas en inglés)

PENNSYLVANIA'S INITIATIVE  
**PIAT**  
ON ASSISTIVE TECHNOLOGY

**TEMPLE**  
UNIVERSITY®  
Institute on Disabilities

modificado 1 de febrero de 2018

# Formulario de Solicitud de TDDP

Su elegibilidad se determinará cuando usted haya presentado una solicitud completada y toda la documentación. Para evitar demoras, por favor, escriba o imprima claramente y asegúrese de haber completado todas las secciones de la solicitud. Si alguna pregunta no se aplica a usted, escriba "N/A" en el espacio provisto.



**Le recomendamos probar el equipo primero. ¿Ha recibido una demostración del teléfono o pidió prestado un teléfono para probar? No puede intercambiar el equipo TDDP después de que lo recibe.**



Por favor, póngase en contacto con su Centro de Recursos de Tecnología Asistencial (ATRC, por sus siglas en inglés) (vea la lista de ATRC) para programar una demostración del equipo o para solicitar uno prestado a corto plazo.

Por favor marque uno:

- Sí. Llamaré para programar una demostración del equipo o pedir uno prestado.  
 NO. No deseo una demostración del equipo o un equipo prestado. Reconozco que TDDP tiene una política de no intercambios y no podré intercambiar el equipo que recibo de TDDP.

**NO ENVÍE SU SOLICITUD HASTA QUE SE HAYA OPTADO POR UN EQUIPO QUE RESPONDA A SUS NECESIDADES.**

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL EQUIPO DEL SOLICITANTE

¿Ya tiene un equipo de telecomunicaciones como el que usted está solicitando de TDDP?  Sí  NO  
En caso afirmativo, por favor marque la respuesta correcta a continuación (**IMPORTANTE:** Si usted tiene equipo que funciona que satisfaga sus necesidades, no es elegible para el programa)  
Mi equipo  está roto o sólo funciona a veces  es prestado  no satisface mis necesidades

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

### SOLICITANTE

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)			
Dirección <b>IMPORTANTE:</b> No se hacen envíos a Apartados Postales; debe proporcionar una dirección física.			
Ciudad	Estado	C.P.	Condado (ej Allegheny, Snyder)
Nombre de la persona que ayuda al solicitante con esta solicitud, si la hay y su relación			
Teléfono		Correo electrónico	
Nombre del padre o tutor (para solicitantes menores de 18 años)			Teléfono

## INGRESO ANUAL DEL SOLICITANTE Y MIEMBROS DE LA FAMILIA

Ingresos anuales brutos del solicitante solamente, incluyendo seguro social y/o pensión si corresponde, y excluyendo los ingresos de la familia/hogar. Si el solicitante no tiene ingresos, escriba NINGUNO.	\$
Cantidad de miembros de la familia (excluyendo al solicitante)	
Solicitante contado como miembro de la familia	+ 1
Total de miembros en la unidad familiar (incluyendo al solicitante)	=

### OTRA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Mi razón principal para usar el TDDP es (marque uno):

- No puedo pagar por el equipo  El equipo está disponible para mí sólo a través de TDDP  
 Podría utilizar otros programas, pero el sistema es demasiado complejo y la espera es demasiado larga

OPCIONAL Raza:  Caucásico  Afroamericano  Asiático  Latino  
 otro (especificar) \_\_\_\_\_  No deseo contestar

OPCIONAL Género:  Hombre  Mujer

Por favor díganos cómo se enteró acerca de TDDP:  amigo/familiar  persona de apoyo  web  
 folleto  presentación/exposición por \_\_\_\_\_  otro (especificar) \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN Y FIRMA DEL SOLICITANTE

**IMPORTANTE:** Envíe la solicitud a más tardar 30 días después de haber firmado y fechado.

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, completa y correcta.

Entiendo que si deliberadamente proporciono información falsa pueden someterme a acciones legales. Los oficiales del programa tienen mi permiso para verificar la información proporcionada. Certifico que he leído, entiendo y acepto todas las condiciones establecidas en esta solicitud y tengo la capacidad para aprender a utilizar el equipo seleccionado.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha

### SECCIÓN 3: CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD POR UN PROFESIONAL

**IMPORTANTE:** Esta sección debe ser completada por un médico con licencia, audiólogo, o patólogo del habla y del lenguaje o un representante de una agencia cualificada, como un consejero de la Oficina de rehabilitación vocacional (OVR), o un trabajador social del Departamento de servicios humanos (DHS). Complete todas las líneas en esta sección.

#### SOBRE EL SOLICITANTE

Apellido

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Marque el tipo de discapacidad certificada:  cognitiva  sordo  sordomudo  
 discapacidad auditiva  baja visión/ciego  física  del habla

Yo soy:  audiólogo con licencia  logopeda y lenguaje con licencia  médico con licencia  
 representante de una agencia cualificada

#### PROFESIONAL QUE CERTIFICA

Nombre completo

Cargo

Agencia

Número de la licencia profesional de PA (si corresponde)

Teléfono

Fax

Correo electrónico

Certifico que el solicitante nombrado arriba tiene la discapacidad indicada y que él o ella requiere tecnología para acceder independientemente a los servicios de telecomunicación.

Firma del profesional

Fecha

# Lista de Verificación Final

Lea esta lista y marque las casillas para asegurar que su solicitud esté completa.

<input type="checkbox"/>	Información del equipo del solicitante completa (Sección 1).
<input type="checkbox"/>	Respondió a toda la información del solicitante y firmó la declaración del solicitante (Sección 2).
<input type="checkbox"/>	Tiene la certificación de Discapacidad (Sección 3) completada y firmada por un profesional calificado: médico, audiólogo, logopeda o representante de una agencia cualificada (por ejemplo: Oficina de rehabilitación vocacional o trabajador social del Departamento de servicios humanos).
<input type="checkbox"/>	Fotocopias para enviar (los originales no pueden ser devueltos) de documentos con la siguiente información:  <b>1. Prueba de la residencia del solicitante (incluyendo menores) en Pennsylvania.</b> Presentar UNO de los siguientes: copia de licencia de conducir actual, identificación de no conductor, factura, correspondencia del Seguro Social fechada, copias de W-2, informe escolar, u otra documentación pre-impresa con el nombre y dirección actual del solicitante.  <b>2. Comprobante de ingresos del solicitante.</b> Presente una copia de cada elemento del año fiscal actual que se aplica a usted: declaraciones de ingresos incluyendo W-2, 1099s o cartas de jubilación retiro y/o ingresos del Seguro Social. Si no tiene una copia de su declaración de ingresos del Seguro Social puede llamar al 1-800-772-1213 y solicitar una “carta de verificación de beneficios”. No se aceptan estados de cuenta bancarios, recibos de sueldo o cheques. Si el solicitante no tiene ingresos, anote “Ninguno”. Nota: Si el solicitante es un menor de edad, los requisitos de ingresos se basan en los ingresos del niño solamente, no los ingresos de la familia o del hogar.  <b>3. Prueba de servicio telefónico.</b> Presente una copia de una página de su factura de teléfono más reciente con su número de teléfono que aparece en él. Si comparte el servicio de telefonía en un centro residencial, presente una declaración sobre el acceso al servicio telefónico en papel con membrete de la instalación firmado por el administrador o el trabajador social e incluya el nombre del solicitante y número de teléfono.
<input type="checkbox"/>	Seleccione UN equipo y/o UN señalizador que sea adecuado para usted en la hoja de selección del equipo.
<input type="checkbox"/>	Haga y guarde una fotocopia de su solicitud (incluyendo la hoja de selección del equipo) para sus registros.
<input type="checkbox"/>	Separe y devuelva su solicitud completa. Envíe la solicitud ORIGINAL (incluyendo la hoja de selección del equipo y copias de documentación requerida) a TDDP a la siguiente dirección.

## DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA A:

Coordinador del programa TDDP del  
Instituto sobre discapacidades en la  
Universidad de Temple  
1755 N. 13th Street  
Student Center Room 411 S  
Philadelphia, PA 19122

## PARA MÁS INFORMACIÓN:

Teléfono: 800-204-7428 voice  
866-268-0579 TTY  
Fax: 215-204-6336  
Correo electrónico: [tddp@temple.edu](mailto:tddp@temple.edu)  
[www.disabilities.temple.edu/tddp](http://www.disabilities.temple.edu/tddp)