

Enviar por correo a:
Utah's Equipment Dist. Program
C/O Public Service Commission
Heber M. Wells Bldg. 4th Floor
160 East 300 South
Salt Lake City, UT 84111



Salt Lake Area: 801-715-3470
Línea gratuita: 866-772-8824
Fax: 801-530-6796
Sitio web: www.relay.utah.gov
Correo electrónico: relay@utah.gov

Por favor llene las páginas 1 y 2 y haga que la página 3 la complete un profesional médico.

INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE (ESCRIBA LEGIBLEMENTE)

Nombre completo (Sr., Sra., Srta.) (Letra de molde)	Código de área y número de teléfono
Código de área y número de teléfono alternativos	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)
Dirección (número de apartamento si aplica)	Ciudad, estado, código postal
Apartado postal (si es necesario)	Correo electrónico (opcional)

UNA PERSONA DE CONTACTO QUE ESTARÁ PRESENTE DURANTE MI CITA Y/O QUE PUEDE SER CONTACTADA PARA PROGRAMAR UNA CITA:

Nombre completo	Relación	Código de área y número de teléfono
-----------------	----------	-------------------------------------

Marque el tipo de teléfono que le interesa: Cortado Sin Cable Lazo del cuello
Accesorios para celular

Cómo se enteró de Relay Utah: T.V. Buscar de Google Facebook
Relay Utah Sitio web Otro

Si mi ingreso mensual aumenta o si dejo de recibir ayuda financiera federal o del estado, INMEDIATAMENTE lo notificaré a la Comisión de Administración Pública (Public Service Commission PSC).

Devolveré el dispositivo a la Comisión de Administración Pública en el caso de que yo ya no resida en el estado de Utah o ya no necesita el dispositivo.

Comprendo que es mi responsabilidad obtener el servicio telefónico y asumo la responsabilidad del pago de todas las tarifas o cargos por ese servicio.

Firma del solicitante	Nombre en letra de molde	Fecha
Firma del padre/madre o tutor legal (si es menor de 18 años)	Nombre en letra de molde	Fecha

A abajo hay ejemplos de programas de asistencia pública administrados por el estado de Utah.

¿Usted recibe alguno de los siguientes servicios? Por favor, seleccione SÍ o NO:

- SÍ NO Ingreso del Seguro Suplementario (SSI) o Ingresos de Seguridad Social por Discapacidad (SSDI)
- SÍ NO Medicaid
- SÍ NO Programa de Asistencia para Energía en el Hogar (HEAT)
- SÍ NO Programa de Asistencia Telefónica de Utah (UTAP)
- SÍ NO Ayuda para Familias con Niños Dependientes (AFDC)
- SÍ NO Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
- SÍ NO Asistencia para refugiados
- SÍ NO Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- SÍ NO Asistencia federal para la vivienda, incluyendo la sección 8 sobre asistencia para alquiler de viviendas
- SÍ NO Programa Nacional de Almuerzo Escolar
- SÍ NO Programa de seguro de salud para niños (CHIP)
- SÍ NO ¿Ya tiene usted un teléfono que recibió por medio del programa Relay Utah?
- SÍ NO ¿Actualmente tiene usted un servicio de telefonía fija en su hogar?
- SÍ NO ¿Está utilizando actualmente un dispositivo médico o sistema de alarma?

Ingreso familiar total: \$ _____ /por mes Número de miembros de la familia: _____

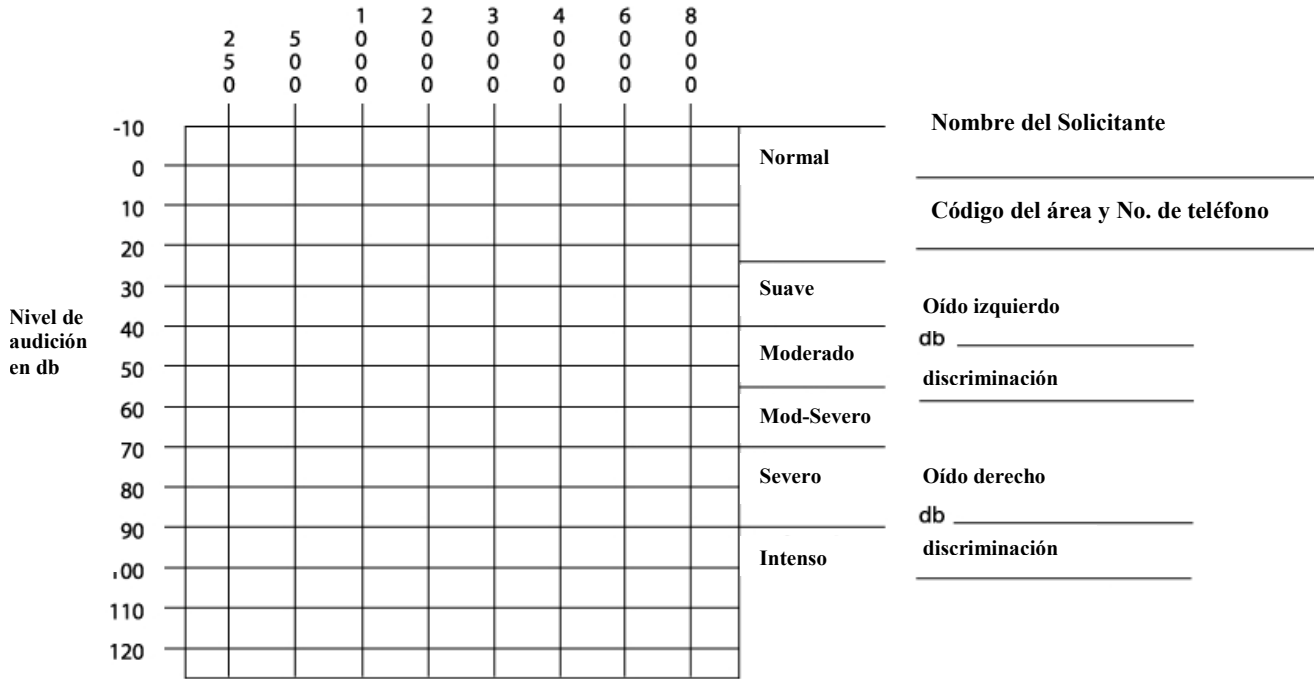
Ingreso familiar máximo permitido para calificar

Número de miembros	Ingreso bruto mensual	Ingreso anual
1	\$2,023	\$24,280
2	\$2,743	\$32,920
3	\$3,463	\$41,560
4	\$4,183	\$50,200
5	\$4,903	\$58,840

POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA CUBRIR MEJOR SUS NECESIDADES: (POR FAVOR, SELECCIONE SÍ O NO). ES/TIENE USTED:

- SÍ NO Dificultades auditivas
- SÍ NO Sordo
- SÍ NO Sordo/Ciego
- SÍ NO Movilidad reducida (parte superior del cuerpo, parte inferior del cuerpo, ambas) en caso afirmativo, describa la gravedad: _____
- SÍ NO Discapacidad en el habla
- SÍ NO Visión deficiente o Ceguera

CERTIFICADO PROFESIONAL



***Nota para el certificador profesional: Por favor complete o adjunte el audiograma**

Nombre del certificador (letra de molde)			
Dirección de la oficina	Ciudad	Código postal	Número de teléfono

FIRMA: _____ *FECHA:* _____



¿QUIÉN PUEDE CERTIFICAR ESTA SOLICITUD?

Médico: Cualquier persona con el permiso requerido para ejercer la medicina en el estado de Utah.

Audiólogo: Una persona que tenga una maestría o un doctorado en audiolología y un Certificado de Competencia Clínica (Certificate of Clinical Competence, CCC) en audiolología emitido por la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (American Speech Language Hearing Association, ASHA).

Patólogo del habla y el lenguaje: Una persona que tenga una maestría o un doctorado en patología del habla/lenguaje y un CCC emitido por la ASHA.

Empleado de agencia estatal calificado: Un calificado empleado de la agencia estatal que pueda proporcionar documentación de discapacidad