

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.relayutah.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 CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)

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	Parentesco	Código de área y número de teléfono
-----------------	------------	-------------------------------------

Marque el tipo de teléfono que le interesa: Tradicional con cable Inalámbrico Para colgar del cuello
Accesorios celulares

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. Mi familia devolverá el dispositivo si fallezco. Comprendo que si doy información falsa, INMEDIATAMENTE debo devolver el equipo a la PSC.

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

- 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 Lifeline (servicio telefónico de emergencia)
- SÍ NO Ayuda para Familias con Niños Dependientes (AFDC)
- SÍ NO Programas de trabajo de emergencia
- SÍ NO Cupones de alimentos (Food Stamps)
- SÍ NO Asistencia para refugiados
- SÍ NO Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
- SÍ NO Asistencia para encontrar trabajo
- SÍ NO Asistencia federal para la vivienda, incluyendo la sección 8 sobre asistencia para alquiler de viviendas
- SÍ NO Programa Nacional de Almuerzo Escolar Gratuito
- SÍ NO Programa Head Start (solo aplica el criterio de ingreso)
- SÍ NO Asistencia general (adultos solteros o parejas casadas sin hijos dependientes que no pueden trabajar debido a una condición de discapacidad de corto o largo plazo)
- 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?

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

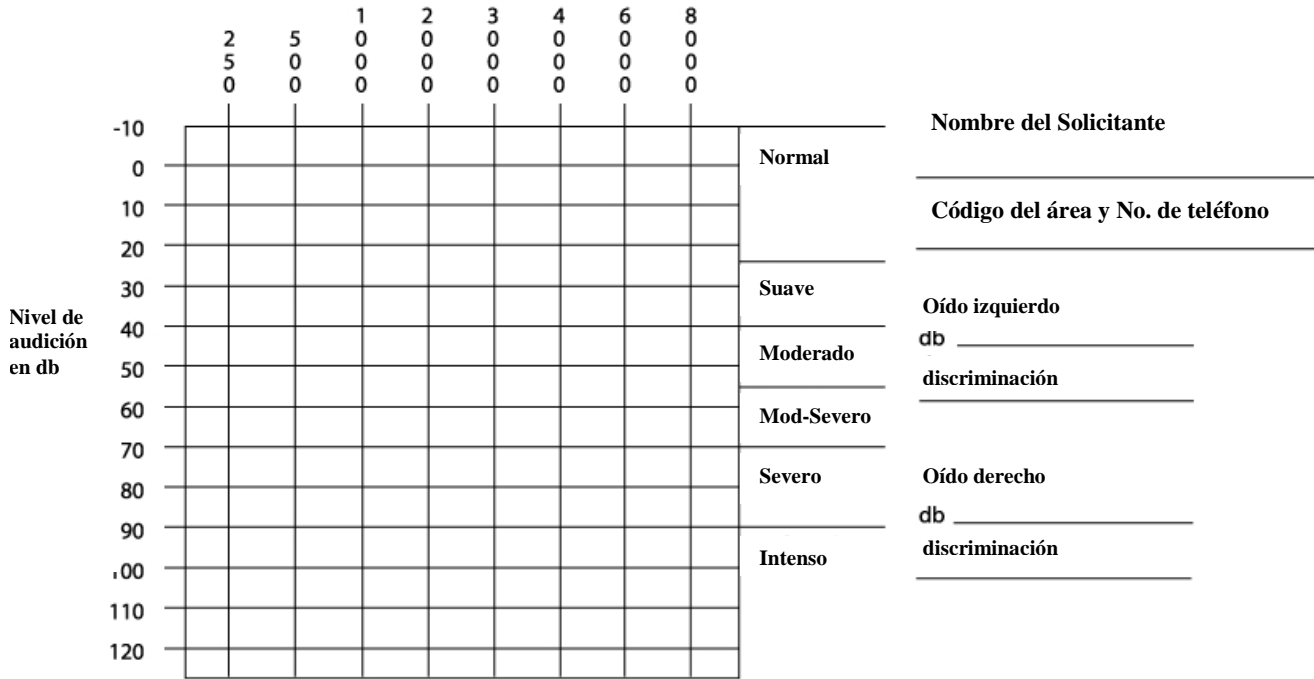
Ingreso familiar máximo permitido para calificar

Número de miembros	Ingreso bruto mensual	Ingreso anual
1	\$1,980	\$23,760
2	\$2,670	\$32,040
3	\$3,360	\$40,320
4	\$4,050	\$48,600
5	\$4,740	\$56,880

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

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).

Especialista en dispositivos auditivos: Una persona que haya completado todos los cursos aprobados por la ASHA y que tenga el certificado emitido por el Consejo Nacional para la Certificación en Ciencias de Instrumentos Auditivos (National Board for Certification Hearing Instrument Sciences).

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: Cualquier empleado de la agencia estatal que pueda proporcionar documentación de la discapacidad. (No puede ser un pariente)