



iCanConnect: El Programa Nacional de Distribución de Equipo para Sordos-Ciegos

Aplicación Sección 1 de 3: Instrucciones y Pautas

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

¿Quién es elegible para recibir equipo?

Bajo la CVAA, sólo los individuos de bajos ingresos que son sordos-ciegos son elegibles para recibir equipo proporcionado a través de la NDBEDP. Los solicitantes deben proporcionar la verificación de su estado como de bajos ingresos y sordo-ciego.

Elegibilidad para ingresos

Para ser elegible, sus ingresos de familia/hogar debe estar por debajo del 400% de las Guías Federales de Pobreza, como se muestra en la siguiente tabla:

2018 Pautas Federales Sobre la Pobreza			
Número de personas en la familia / hogar	400% para todas partes, excepto Alaska y Hawái	400% para Alaska	400% para Hawái
1	\$48,560	\$60,720	\$55,840
2	\$64,840	\$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 de los Estados Unidos			

Para determinar la elegibilidad de ingreso para el NDBEDP, la FCC define "ingreso" y "hogar" como sigue:

"Ingresos" son todos los ingresos realmente recibidos por todos los miembros de un hogar. Esto incluye el salario antes de deducciones por impuestos, beneficios de asistencia pública, pagos de seguridad social, pensiones, compensación de desempleo, beneficios de veteranos, herencias, pensión alimenticia, pagos de manutención de hijos, beneficios de compensación de trabajadores, regalos, ganancias de lotería y similares. Las únicas excepciones son la ayuda financiera estudiantil, la vivienda militar y los subsidios por costo de vida, los ingresos irregulares de pequeños trabajos

ocasionales, como el cuidado de bebés o la siega del césped, y similares.

Un "hogar" es cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección que una unidad económica. Un hogar puede incluir personas relacionadas y no relacionadas. Una "unidad económica" consiste en todos los individuos adultos que contribuyen y comparten los ingresos y gastos de un hogar. Un adulto es cualquier persona de dieciocho años o más. Si un adulto no tiene o tiene ingresos mínimos y vive con alguien que le proporciona apoyo financiero, ambas personas serán consideradas parte de la misma familia. Los niños menores de dieciocho años que viven con sus padres o tutores son considerados como parte del mismo hogar que sus padres o tutores. Vea la Sección 2 para la información de ingreso familiar / familiar que se debe proveer con esta aplicación.

Elegibilidad de discapacidad

Para este programa, el CVAA requiere que el término "sordo-ciego" tenga el mismo significado dado por la ley del Centro Nacional Helen Keller (Helen Keller National Center Act, en inglés). En general, el individuo debe tener una cierta pérdida de visión y una pérdida auditiva que, combinadas, causan extrema dificultad para lograr la independencia en las actividades

cotidianas, lograr un ajuste psicosocial o obtener una vocación.

Específicamente, el reglamento de la NDBEDP del FCC 64.6203(c) indica que un individuo que es "sordo-ciego" es:

(1) Cualquier persona:

(i) Quién 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;

(ii) Quién tiene una discapacidad auditiva crónica tan grave que la mayoría de la palabra no puede ser entendida con una amplificación óptima, o una pérdida auditiva progresiva con un pronóstico que conduce a esta condición; y

(iii) Para quienes la combinación de deterioros descritos en. . . (i) y (ii) de esta sección causan dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, lograr el ajuste psicosocial o obtener una vocación.

(2) Las capacidades funcionales de un individuo con respecto al uso de servicios de telecomunicaciones, servicio de acceso a Internet y servicios avanzados de

comunicaciones, incluyendo servicios de intercambio y servicios avanzados de telecomunicaciones e información en diversos entornos serán considerados para determinar si el individuo es sordo-ciego bajo. . . (ii) y (iii) de esta sección.

(3) La definición en este párrafo (c) también incluye a cualquier individuo que, a pesar de la incapacidad para ser medido 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 vocacionales.

¿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:

- Audiólogo
- Proveedor de servicios comunitarios
- Educador
- Profesionales de la audición
- Representante de HKNC

- Médico / profesional de la salud
- Escuela para sordos y / o ciegos
- Especialista en Sordera-Ceguera
- Patólogo del habla
- Programa estatal de equipo / tecnología de asistencia
- Profesional de la visión
- Consejero de rehabilitación vocacional

Dichos profesionales también pueden incluir, en la certificación, información sobre las capacidades funcionales del individuo para utilizar las telecomunicaciones, el acceso a Internet y los servicios avanzados de comunicaciones en diversos entornos.

La documentación existente de que una persona es sordo-ciega, tal como un programa de educación individualizado (IEP) o una carta de determinación del Seguro Social, puede servir como verificación de la discapacidad.

Vea la Sección 3 para la información de la certificación de incapacidad que se debe proveer con esta aplicación.

Póliza de confidencialidad

iCanConnect está comprometido a garantizar que su privacidad sea protegida. La información proporcionada en esta solicitud solo se usará para determinar la elegibilidad para los productos y servicios de iCanConnect. iCanConnect no venderá, distribuirá o arrendará su información personal a terceros a menos que usted dé permiso, o si el programa iCanConnect es requerido por ley para hacerlo. iCanConnect está comprometido a garantizar que la información personal esté segura. A fin de impedir el acceso o la divulgación no autorizados, existen procedimientos físicos, electrónicos y de gestión adecuados para salvaguardar y proteger la información que iCanConnect colecta.



Aplicación Sección 2 de 3: Datos Personales del Solicitante

(Por favor rellena todos los campos)

Nombre del 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

¿Ha participado anteriormente en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipos para Sordo-Ciegos)? (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 _____

En caso afirmativo, ¿qué estado / estados recibió el equipo a través de iCanConnect? (listar todo):

Preferencia de idioma (marque todas las que apliquen):

ASL _____

Cerrar Visión ASL /

PSE _____

Táctil ASL / PSE _____

Inglés (hablado) _____

Otro _____

Sin lenguaje formal _____

Pidgin Firmado en

inglés _____

Firmado en inglés _____

Español (hablado) _____

¿Qué formato prefiere para la correspondencia escrita? Braille _____ E-mail _____ Impresión grande _____ Impresión estándar _____ Otro _____

Contacto por:

Correo electrónico _____ Teléfono de video _____
Mensaje de texto _____ Teléfono (voz) _____
TTY (marque 711 para relé) _____ Fax _____

Contacto alternativo (en caso de emergencia):

Relación con el solicitante:

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____

Código postal: _____

Teléfono principal: _____

E-mail: _____

Comentarios / Sugerencias (opcional):

¿Cómo se enteró de este programa?

- Sitio web iCanConnect.org
- Conferencia o Seminario
- Grupo de defensa de la discapacidad
- Especialista en Servicios para Sordos-Ciegos
- Proveedor de educación / Escuela
- Miembros de la familia
- Amigos
- Proveedor de cuidado de la salud
- Representante del Centro Nacional Helen Keller (HKNC)
- Centro de Vida Independiente
- Interprete
- Noticias / Medios (televisión, revista, radio)
- Medios de Comunicación Social (Facebook, Twitter)
- Proyecto de Sordo-Ciego del Estado
- Centro para personas mayores
- Proveedor de tecnología
- Consejero de Rehabilitación Vocacional
- Otro - _____

Elegibilidad para ingresos

Para confirmar su elegibilidad de ingreso, por favor envíe por correo o fax documentación que

demuestre que actualmente está inscrito en un programa federal con un requisito de ingreso que no exceda el 400% de las Guías Federales de Pobreza, como las siguientes:

- Medicaid
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)
- Asistencia de vivienda pública federal o Sección 8
- Cupones de Alimentos o Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
- Beneficio de Pensión para Veteranos y Sobrevivientes

Si no se aplica ninguno de los anteriores, envíe por correo o por fax una copia de los formularios de impuestos federales del IRS 1040 del año pasado presentados por usted y miembros de su familia / hogar, o envíe otra evidencia de su ingreso familia / hogar, Declaración (es) de beneficios de jubilación de la Administración de Seguridad u otra (s) declaración (es) de beneficios de pensión. Incluya una declaración firmada que atestigüe que lo que está presentando representa el ingreso total de su familia / hogar. Nota: la elegibilidad de ingresos es válida por un año.

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo información sobre mi discapacidad e ingresos, es verdadera, completa y exacta a mi leal saber y entender. 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 proveo cualquier registro falso o no cumpla con estos u otros requisitos o condiciones del programa, los funcionarios del programa pueden terminar los servicios a mí inmediatamente. Además, si violo estos u otros requisitos o condiciones del programa a propósito, los

funcionarios 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 Sordos-Ciegos).

Escriba el nombre del solicitante o padre / madre / tutor (si el solicitante es menor de 18 años):

Fecha de firma: _____



Aplicación Sección 3 de 3: Verificación de Incapacidad

Esta sección de verificación de discapacidad debe ser completada por un profesional que tiene conocimiento directo de la visión del aspirante y la pérdida de audición.

Por favor complete los siguientes campos, y firme y date en la parte inferior.

Nombre de solicitante: _____

Información Certificador:

Nombre de Certificador: _____

Título: _____

Agencia/Empleador: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal:

Para este programa, el CVAA requiere que el término "sordo-ciego" tenga el mismo significado dado por la ley del Centro Nacional Helen Keller (Helen Keller National Center Act, en inglés). En general, el individuo debe tener una cierta pérdida de visión y una pérdida auditiva que, combinadas, causan extrema dificultad para lograr la independencia en las actividades cotidianas, lograr un ajuste psicosocial o obtener una vocación.

Específicamente, la regla 64.6203(c) del NDBEDP de la FCC establece que una persona que es "sordo-ciego" es:

(1) Cualquier persona:

(i) Quién 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;

(ii) Quién tiene una discapacidad auditiva crónica tan grave que la mayoría de la palabra no puede ser entendida con una amplificación óptima, o una pérdida auditiva progresiva con un pronóstico que conduce a esta condición; y

(iii) Para quienes la combinación de deterioros descritos en. . . (i) y (ii) de esta sección causan dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, lograr el ajuste psicosocial o obtener una vocación.

(2) Las capacidades funcionales de un solicitante con respecto al servicio de telecomunicaciones, servicio de acceso a Internet y servicios avanzados de comunicaciones, incluyendo servicios de intercambio y servicios avanzados de telecomunicaciones e información en varios entornos serán considerados para determinar si el individuo es sordo-ciego bajo. . . (ii) y (iii) de esta sección.

(3) La definición en este párrafo (c) también incluye a cualquier individuo que, a pesar de la incapacidad para ser medido 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 vocacionales.

Certifico bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, este individuo es sordo-ciego según lo definido por la FCC como arriba (y como se mencionó anteriormente en la Sección 1).

Mi certificación se basa en lo siguiente:

Firma del Acreditante: _____

Fecha: _____

Envíe por correo, correo electrónico o fax la solicitud completa (Secciones 1, 2 y 3) a:

Nebraska Assistive Technology Partnership
3901 N. 27th Street
Lincoln, NE 68521
atp@nebraska.gov

Teléfono: (402) 595-1923 Fax: (402) 471-6052

Si se envían documentos escaneados, utilice el formato PDF.

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

Declaración 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 y 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 Registros de la Ley de Privacidad de la FCC en 77 FR 2721 (19 de enero de 2012), FCC / CGB-3, “Programa Nacional de Distribución de Equipo para Sordos-Ciegos (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).