

**Comisión de Servicios Públicos de Oregon  
(Oregon Public Utility Commission)**

PO Box 1088, Salem, OR 97308-1088  
1-800-848-4442 o 503-373-7171  
Teletipo (TTY): 800-648-3458  
Video teléfono: 971-239-5845  
Fax: 877-567-1977 503-378-6047  
Email: puc.rspf@state.or.us

**Solicitud del Programa de  
Acceso de Aparatos de  
Comunicación (TDAP) de  
Oregon**

**www.tdap.oregon.gov**

**SECCIÓN**

**A**

**Favor de proporcionar su información.**

Las áreas **marcadas** son obligatorias

Nombre del solicitante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Fecha de nacimiento / /

Nombre del tutor/guardián (si el solicitante es menor de edad)

( ) -

( ) -

Número de teléfono principal

Número de teléfono secundario

Domicilio

No. de Departamento

Ciudad

Código postal

Correo electrónico @

Domicilio para correspondencia (si es diferente al de arriba)

Departamento #

Ciudad

Código postal

Domicilio para correspondencias (si es diferente al de arriba)

Departamento

Ciudad

Código postal

Licencia de manejo de Oregon o  
número de identificación

Necesitamos su licencia de manejo de Oregon o identificación para verificar que vive en Oregon. Si usted no tiene licencia o identificación, favor de enviar una copia de su más reciente factura de servicios públicos o estado de cuenta de sus beneficios con esta solicitud application.

**Favor de proporcionar información de contacto de alguien que pueda ponerse en contacto con usted, en caso que usted no esté disponible. Si usted ha nombrado a un tutor legal o tiene un poder notarial (POA, por sus siglas en inglés), favor de proporcionar la documentación de la tutela o del poder notarial.**

Nombre de la persona a contactar (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Parentesco

No. de Teléfono ( ) -  
 Casa  Celular

Domicilio para correspondencia de la persona a contactar

Departamento

Ciudad

Estado

Código postal

# SECCIÓN B

## Selección del Equipo

Por favor seleccione un aparato y un accesorio *opcional*.

**B1** Si lo sabe, por favor escriba en la línea de abajo el modelo del aparato (y un accesorio *opcional*) que está solicitando, después proceda a la sección C.

**B2** Si no conoce el modelo del aparato, por favor seleccione ya sea un aparato celular inalámbrico o un teléfono fijo o una tableta.

**Teléfono fijo (diríjase a B3)**  **Inalámbrico - Teléfono celular o Tableta (diríjase a B4)**

**B3** Seleccione un aparato telefónico fijo según su discapacidad y cualquier característica correspondiente. Usted debe seleccionar solo un accesorio *opcional*.

**AUDICIÓN**

**Teléfono Amplificado con Cordón**     **Teléfono Amplificado Inalámbrico**     **Teléfono Capcionado**  
 Pantalla con Identificador de Llamadas     Pantalla con Identificador de Llamadas     Teléfono fijo solamente  
 Contestadora telefónica     Teléfono fijo de Internet de alta velocidad  
 **Teléfono teletipo TTY 4425**     **Accesorio para teléfono de retransmisión continua auditiva y de voz:**  
 Luz Intermitente     Timbre Alto     Juego Home Aware     Conector para aparato auditivo (Sencillo)  
 Auriculares     Conector Jack de cuello     Contestadora telefónica     Conector para aparato auditivo (Dual)

<p style="text-align: center;"><b>VISIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Teléfono alámbrico con teclas grandes / Teclado de voz / identificador de llamadas de voz</b></p> <p><input type="checkbox"/> Teclas blancas <input type="checkbox"/> Teclas negras <input type="checkbox"/> Pantalla de identificador de llamadas</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Teléfono inalámbrico con teclas grandes con teclado de voz / identificación de llamadas de voz</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pantalla con identificación de llamadas</p>	<p style="text-align: center;"><b>HABLA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Teléfono alámbrico con amplificador del habla continuo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Electrolarynx</b></p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>RECONOCIMIENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Teléfono alámbrico con sistema de marcación por fotografías</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>MOVILIDAD</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Altavoz de manos libres con alavoz y control remoto</b></p> <p><b>Accesorio:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Marcador de voz <input type="checkbox"/> Interruptor de almohadilla <input type="checkbox"/> Interruptor de aire <input type="checkbox"/> Auriculares <input type="checkbox"/> Micrófono de Solapa</p>
--	--	--

**B4** Seleccione un aparato inalámbrico. Usted debe seleccionar un accesorio *opcional*.

<p style="text-align: center;"><b>APARATOS INALÁMBRICOS – TODAS LAS DISCAPACIDADES</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>iPad</b> (Solo Wi-Fi)    <input type="checkbox"/> <b>iPhone*</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>iPad Mini</b> (Solo Wi-Fi)    <input type="checkbox"/> <b>Teléfono Celular Android*</b></p> <p><b>Accesorio:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sistema de alerta vibratoria portable <input type="checkbox"/> Amplificador de teléfono celular de Bluetooth <input type="checkbox"/> Cable para el cuello de Bluetooth</p>	<p style="text-align: center;"><b>APARATOS INALÁMBRICOS – MOVILIDAD</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Tableta Android</b>    <input type="checkbox"/> <b>Teléfono Celular Android*</b> (Solo Wi-Fi)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sesame Connect**</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Open Sesame**</b></p> <p><b>Accesorio:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sistema de montaje</p>
--	---

\* Los teléfonos celulares de iPhones y Android se proporcionan desbloqueados y pueden usarse con su proveedor celular preferido.

El solicitante es responsable por todos los cargos relacionados con los servicios asociados con el uso del teléfono.

\*\*Para obtener mayor información acerca de Sesame Connect o Open Sesame, por favor visite [www.razmobility.com](http://www.razmobility.com) o llámenos al 1-800-848-4442.

# Condiciones de aceptación para el equipo TDAP

Favor de LEER y FIRMAR este formulario indicando que comprende y que cumplirá con las condiciones siguientes al momento de aceptar el equipo TDAP:

- Todo el equipo es propiedad del Estado de Oregon, y usaré el Equipo de conformidad con las leyes y regulaciones de Oregon, incluyendo la División 33 del Capítulo 860 OAR.
- Soy responsable del cuidado apropiado del Equipo y los costos relacionado con el uso de todo el Equipo (incluyendo, entre otros: las baterías, servicio de teléfono y servicios de Internet).
- No ofreceré en venta, venderé, regalaré, empeñaré o prestaré ningún Equipo a nadie. En caso de hacerlo, seré responsable del costo de reemplazo del Equipo. Soy financieramente responsable por cualquier daño a cualquier Equipo que no sea causado por el uso normal o por desastres naturales, o si el Equipo se pierde.
- Si cualquier Equipo es robado, notificaré a las agencias del orden público dentro de un lapso de veinticuatro (24) horas a partir de que se haya descubierto el robo. Proporcionaré una copia del reporte de la policía a TDAP dentro de los cinco (5) días hábiles desde la fecha en que reporté el robo.
- No intentaré reparar ningún Equipo. Si el Equipo requiere reparación contactaré a TDAP. Enviaré el Equipo defectuoso o dañado a expensas de TDAP. TDAP reparará o reemplazará el Equipo enviado a su discreción. Si lo solicito TDAP me enviará el Equipo reparado o reemplazado.
- Si aplica, no removeré el estuche protector del Equipo. No dañaré, ni pintaré el Equipo para remover las etiquetas de propiedad e identificación de Oregon, ni alteraré los grabados láser.
- Si aplica, entiendo que el Equipo tiene instalado un filtro web para prohibir el acceso a páginas web que tengan contenido ilegal. TDAP y los vendedores de TDAP tienen mi permiso para monitorear el Equipo para asegurar el uso apropiado.
- Si el Equipo se daña por inundaciones, tormentas, incendios u otros actos naturales, enviaré el reporte de incendio, seguro o cualquier otro incidente a TDAP dentro de los cinco (5) días hábiles desde la fecha en que ocurrió el evento.
- Si desconecto mi servicio telefónico, regresaré todo el Equipo a TDAP dentro de un lapso de treinta (30) días a expensas de TDAP.
- Si cambio de domicilio dentro del estado de Oregon, reportaré mi nuevo domicilio a TDAP dentro de un lapso de treinta (30) días de la fecha de la mudanza.
- Regresaré todo el Equipo a TDAP antes de mudarme permanentemente fuera del estado de Oregon. Soy responsable del costo de reemplazo del Equipo si no lo regreso antes de mudarme fuera de Oregon.
- Obtendré un permiso por escrito del gerente de TDAP antes de viajar fuera del estado de Oregon con cualquier Equipo por más de noventa (90) días.
- Si firmo esta forma a nombre de un menor de edad, o como tutor de un adulto, acuerdo notificar a TDAP acerca de cualquier cambio en dicha responsabilidad dentro de un lapso de cinco (5) días del evento (por ejemplo, si el menor cumplió 18 años de edad o si hay algún cambio en la tutela). Se me enviará una factura por el costo de reemplazo de cualquier Equipo si el menor o nuevo tutor no firma la forma de Condiciones de Aceptación dentro de un lapso de treinta (30) días en el evento de un cambio de responsabilidad.
- Entiendo que soy financieramente responsable del costo de reemplazo de todo el Equipo si no cumplo con alguna de las condiciones arriba indicadas.
- Entiendo que todo el Equipo es proporcionado “por orden de solicitud” y la disponibilidad es contingente dependiendo de los fondos adecuados.

**Todas las declaraciones en esta solicitud son verdaderas y correctas de acuerdo a mi conocimiento.**

Firma del Solicitante o Padre de Familia / Tutor (Si el solicitante es menor de 18 años de edad)

Fecha

\*Favor de proporcionar una copia del poder notarial o documentación de la tutela si firma a nombre de un solicitante.



**SECCIÓN**

# Certificación de discapacidad

Esta sección debe ser completada por la autoridad de certificación.

## Declaración de la autoridad de certificación

- Tengo una licencia de:**
- Asesor de Rehabilitación Vocacional
  - Médico
  - Audiólogo
  - Instructor de Rehabilitación para Ciegos
  - Optometrista
  - Audioprotesista
  - Enfermera Practicante con Licencia
  - Oftalmólogo
  - Patólogo de Habla y Lenguaje
  - Asistente médico

**Favor de marcar la(s) discapacidad(es) o el/los impedimento (s) del solicitante**

(Dentro del ámbito de la práctica; por ejemplo: un audioprotesista certifica la pérdida del oídos)

- Sordera / Pérdida del oído
- Cognition / Memory
- Habla
- Ceguera / Pérdida de la vista
- Movilidad / Motora

(     )     -

Nombre de la autoridad de certificación *(escriba claramente)*

Número de teléfono

@

Licencia del estado o Número de certificación

Correo electrónico

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Por la presente certifico que (nombre del solicitante) \_\_\_\_\_ tiene una discapacidad o impedimento que requiere el equipo especializado para poder comunicarse efectivamente por teléfono.

Firma de la autoridad de certificación

Fecha

*(Debe ser una firma original. No se aceptan firmas con sellos)*

### LISTA DE VERIFICACIÓN



- He completado la Sección A y proporcionado toda la información requerida.
- He completado la Sección B y seleccionado el equipo que satisface mis necesidades.
- He firmado el formulario de Condiciones de aceptación de la Sección C.
- La sección D ha sido completada y firmada por la autoridad de Certificación.