# Text Description automatically generated with low confidence

**Programa Nacional de Distribución de Equipamiento para Sordos-Ciegos**

**Información y Solicitud**

**Sección de Solicitud 1 de 4: Instrucciones y Directrices**

**Resumen**

El Programa de Distribución Nacional de Equipamiento para Sordos-Ciegos (NDBEDP) ayuda a los programas locales que distribuyen el equipamiento a personas de bajos ingresos que están sordos-ciegos (que tienen pérdida combinada de audición y visión) a facilitarles el acceso a servicios de teléfonos, comunicación avanzada, e información. Este apoyo fue ordenado por el Acta de 2010 de Accesibilidad a Comunicación y Video para el Siglo Veintiuno (CVAA) y es suministrada por la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). Para más información sobre el NDBEDP, favor de visitar <http://icanconnect.org> o <http://www.fcc.gov/ndbedp>.

**¿Quién es elegible para recibir el equipamiento?**

Según el CVAA, solo las personas de bajos ingresos que sean sordos-ciegos son elegibles para recibir el equipamiento suministrado por el NDBEDP. Los solicitantes deben aportar verificación de su situación de bajos ingresos y de ser sordos-ciegos.

**Elegibilidad por ingresos**

Para ser elegible, sus ingresos totales por familia/hogar debe quedar por debajo del 400% de las Directrices Federales de Pobreza, según el cuadro que sigue:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2022 Directrices Federales de Pobreza** | | | |
| Número de personas en la familia/hogar | 400% en todo el territorio, excepto Alaska y Hawaii | 400% para Alaska | 400% para Hawaii |
| 1 | $54,360 | $67,960 | $62,520 |
| 2 | $73,240 | $91,560 | $84,240 |
| 3 | $92,120 | $115,160 | $105,960 |
| 4 | $111,000 | $138,760 | $127,680 |
| 5 | $129,880 | $162,360 | $149,400 |
| 6 | $148,760 | $185,960 | $171,120 |
| 7 | $167,640 | $209,560 | $192,840 |
| 8 | $186,520 | $233,160 | $214,560 |
| Para cada persona adicional, añadir | $18,880 | $23,600 | $21,720 |
| Fuente: [U.S. Department of Health and Human Services](https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines) | | | |

**Con fines de determinación para la elegibilidad por ingresos del NDBEDP, la FCC define “ingresos” y “hogar” así:** “Ingresos**”** son todos los ingresos actualmente recibidos por todos los miembros de un hogar. Se incluye el salario antes de deducir impuestos, los beneficios por ayuda social pública, pagos de la seguridad social, pensiones, compensación por desempleo, beneficios de veteranos, herencias, pensión alimenticia, pagos por ayuda a niños, beneficios de compensación al trabajador, regalos, premios de lotería, y similares. Las únicas excepciones son asistencia financiera para estudiantes, viviendas militares y subsidios por el costo de vida, ingresos irregulares por trabajos pequeños ocasionales como cuidado de niños o corte de césped, y similares.

**Un “hogar”** es una persona o grupo de personas que viven juntos en la misma dirección como una unidad económica. Un hogar puede incluir personas relacionadas o no relacionadas entre sí. Una “unidad económica” consiste de todas las personas adultas que contribuyen o se reparten los ingresos y gastos del hogar. Un adulto es cualquier persona de dieciocho años o mayor. Si un adulto no tiene ingresos o éstos son mínimos y vive con alguien que aporta ayuda económica para él/ella, ambas personas serán consideradas parte del mismo hogar. Los niños menores de dieciocho años que vivan con sus padres o guardianes son considerados como parte del mismo hogar de sus padres o guardianes.

**Ver la Sección 2 para la información sobre los ingresos de la familia/hogar que debe facilitarse con esta solicitud, cualquiera de las dos pruebas siguientes:**

1. Prueba de su participación actual en un programa federal de bajos ingresos cuyo límite esté por debajo del 400% de las Directrices Federales de Pobreza o
2. Prueba de los ingresos del hogar.

**Elegibilidad por Discapacidad**

Para este programa, el CVAA requiere que el término “sordo-ciego” tenga el mismo significado que el dado en el Acta del Centro Nacional Helen Keller. En general, la persona debe tener una cierta pérdida de visión y pérdida de audición que, en combinación, causen extrema dificultad para lograr la independencia en actividades de la vida diaria, en alcanzar ajustes psicosociales, o en conseguir una vocación (trabajo).

**Específicamente, la norma 64.6203(c) del NDBEDP de la FCC establece que un individuo que es “sordo-ciego” es:**

(1) Cualquier persona:

(i) Que tiene una acuidad visual central de 20/200 o menor en el ojo más sano con lentes correctivas, o un defecto del campo en el que diámetro periférico del campo visual subtiende una distancia angular que no sea mayor de 20 grados, o una pérdida visual progresiva con una prognosis que lleve a una o ambas de estas condiciones:

(ii) Que tiene una discapacidad crónica auditiva tan severa que la mayor parte del habla no pueda ser entendida con amplificación máxima, o una pérdida progresiva de audición con una prognosis que lleve a esta condición; y

(iii) Para aquellos a los que la combinación de discapacidades descritas en . . . (i) y (ii) de esta sección les cause una dificultad extrema para lograr su independencia en actividades normales de la vida diaria, en alcanzar ajustes psicosociales, o en conseguir una vocación.

(2) Las capacidades funcionales de un individuo con respecto al uso de servicio de Telecomunicaciones, servicio de acceso a Internet, y servicios avanzados de comunicación, incluidos los servicios de interconexión y comunicaciones avanzadas y de información en diversos entornos, serán consideradas cuando se determine si el individuo es sordo-ciego en . . . (ii) y (iii) de esta sección.

(3) La definición en este párrafo (c) también incluye cualquier persona que, a pesar de la incapacidad para medir con exactitud la pérdida de audición y visión debido a impedimentos cognitivos o conductuales, o ambos, ésta pueda ser determinada por una valoración funcional y evaluativa que indique que existen discapacidades auditivas o visuales que causan dificultad extrema en lograr su independencia en actividades normales de la vida diaria, en alcanzar ajustes psicosociales, o en conseguir objetivos vocacionales.

**¿Quién puede atestiguar la elegibilidad de la discapacidad de una persona?**

Un profesional en ejercicio que tenga conocimiento directo de la pérdida de visión y audición de la persona, por ejemplo:

* Audiólogo
* Proveedor de servicios comunitarios
* Educador
* Profesional del oído
* Profesional HKNC
* Profesional médico/de salud
* Escuela para sordos y/o ciegos
* Especialista en Sordera/Ceguera
* Patólogo del habla
* Programa de equipo/apoyo tecnológico del estado
* Profesional de visión
* Consejero vocacional de rehabilitación

Estos profesionales pueden aportar, en su atestiguación, información sobre las capacidades funcionales de la persona en el uso de telecomunicaciones, acceso a Internet, y servicios avanzados de comunicaciones en escenarios diversos.

La documentación existente sobre si una persona es sorda/ciega, tal como un audiograma, records de visión o una carta de determinación del Seguro Social, puede servir como verificación de discapacidad. La aportación de estos datos será necesaria.

**Política de confidencialidad**

El NDBEDP está comprometido a asegurar que su confidencialidad esté protegida. La información aportada en esta solicitud será usada para determinar solamente elegibilidad para los productos y servicios del NDBEDP. EL NDBEDP no venderá, distribuirá o arrendará su información personal a terceras partes al menos que usted lo autorice, o si el NDBEDP es requerido por la ley a hacerlo. El NDBEDP está comprometido a asegurar que la información sobre su persona es segura. Para prevenir el acceso o la divulgación no autorizados contamos con los procedimientos físicos, electrónicos y administrativos adecuados para salvaguardar y asegurar la información recogida por el NDBEDP.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Text  Description automatically generated with low confidence  **Distribución de Equipamiento para Sordos-Ciegos de Guam**  **Favor de enviar las solicitudes rellenadas a:**  **Helen Keller National Center**  **Attn: Leah Neumann**  **Mailing Address: 1953 S. Beretania St #5A Honolulu HI, 96826**  **Email:** [**Leah.Neumann@hknc.org**](mailto:Leah.Neumann@hknc.org)  **Fax Number: (516) 580-4515**  **Local Contact: Leah Abelon**  **Phone: (671) 735-2490/1**  **Phone: 516-944-8900 x122 - Fax: 516-944-7302** |  | **OFFICE USE ONLY** | | **Date Received:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Received By:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Date Entered:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Assessment Assigned to:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |  | **SOLO PARA USO OFICIAL** |
| **Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Recibido por:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Fecha de Ingreso:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Evaluación asignada a:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Sección 2: Información del Solicitante** | | | |
| **¿Se le ha aplicado a usted (el solicitante) la definición de sordo-ciego definida en la Sección 1?  Yes  No** | | | |
| **Apellido, nombre, inicial del segundo nombre** | **Sexo**  **Fem.**  **Masc.**    **Sexo Diverso\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Dirección Ciudad Estado Código postal Condado** | | | |
| **Dirección postal (si es diferente) Ciudad Estado Código postal Condado** | | | |
| **Comunidad/Nombre de la institución (e.d., asilo de ancianos, complejo de apartamentos)** | | | |
| **Número de teléfono principal (área incluida)**  **( \_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Voz  Texto  VP**  **FAX** | | | |
| **Dirección e-mail** | **Mejor tiempo para recibir llamadas** | | |
| **Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **Causa de la Pérdida de Audición – Describa su pérdida de audición (marque todas las casillas que correspondan):**   1. ¿Cuándo comenzó su pérdida de audición (a qué edad)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Causa de la sordera/pérdida de audición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Sordo  Con problemas de audición  Sordera tardía  Puedo entender cuando me hablan  NI sordo ni con problemas de audición  Aparatos auditivos Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Causa de la Pérdida de Visión – Describa su pérdida de visión (marque por favor todas las casillas que correspondan):**   1. ¿Cuándo comenzó su pérdida de visión (a qué edad)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   2. Causa de la Ceguera/Visión limitada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ciego  Visión limitada  NI ciego ni con visión limitada  ¿Lleva lentes? \_\_\_\_\_\_\_.  Si usted tiene visión utilizable, por favor descríbala: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Preferencia de Comunicación (marque todas las que correspondan):**  Lengua de Signos Americana (ASL).  Lengua de Signos táctil  Lengua de Signos Pidgin (PSE)  Lengua de Signos para Visión Cercana  Sign Exact English (SEE)  Otras (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lengua hablada, si es otra que inglés, por favor especifique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **¿Cuáles de las actividades siguientes practica usted ahora? Favor de marcar todas las que correspondan:**  Braille (lectura y escritura)  Mensajes de texto  Mensajes instantáneos  E-mail  Teléfono con amplificador  Llamadas redirigidas por teléfono fijo  Teléfono con amplificador y letra grande  Llamadas redirigidas por web/ordenador  Llamadas redirigidas por programas de mensajes instantáneos  Videófono  Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **¿Qué equipamiento usa usted para realizar las tareas indicadas arriba? Favor de marcar todas las que correspondan:**  Ordenador  iPhone o Android    Ordenador con dispositivo Braille  iPad u otro dispositivo de tableta  Ordenador que convierte texto en voz  Anotador Braille  Ordenador con pantalla amplificada  Equipo de video  Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **¿Tiene usted en su casa una conexión a Internet que pueda usted usar?  Sí  No**  Nombre del Proveedor de Internet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Tiene usted un plan para su celular?  Yes  No**  Compañía de su celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Persona de contacto Alternativa/Emergencia (para el solicitante):**  Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código postal:\_\_\_\_\_\_  Número de teléfono: ( \_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voz Texto VP  Dirección e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **OBLIGATORIA Información financiera**: Total Miembros en el Hogar: #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Total Ingresos en el Hogar: $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\*Adjuntar prueba de los ingresos en ESTA solicitud.**  *Revísese las instrucciones de Solicitud para ejemplos de prueba de ingresos. Para ser elegible para este programa los ingresos del solicitante deben ajustarse a los requisitos de la Sección 1.*  **Elegibilidad por ingresos**  Para confirmar su elegibilidad por ingresos, favor de enviar por correo o fax la documentación que prueba que usted está ahora registrado en un programa federal con un requisito de ingresos elegibles que no exceda el 400% de las Directrices Federales de Pobreza, por ejemplo:   * Medicaid * Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) * Ayuda federal de vivienda pública o Sección 8 * Cupones de Comida o Programa de Ayuda de Nutrición Suplementaria (SNAP) * Beneficios de Pensión para Veteranos y Supervivientes   Si nada de lo anterior es aplicable, envíe por correo o fax una copia de la forma(s) Federal IRS 1040 del año anterior presentada por usted y los miembros de su familia/hogar, o envíe otra evidencia de los ingresos totales de su familia/hogar, como la declaración(es) de los beneficios recibidos de la Seguridad Social u otras declaraciones de beneficios de pensión(es). Nota: la elegibilidad por ingresos es válida por un año. | | | |
| **Sección 3: Testimonio del Solicitante en cuanto a su Discapacidad y Elegibilidad por Ingresos:** | | | |
| Certifico que toda la información aportada en esta solicitud, incluyendo la información sobre mi discapacidad e ingresos, es verdadera, completa, y exacta que yo sepa. Autorizo a los representantes del programa a que verifiquen la información suministrada.  Permito que la información sobre mí pueda ser compartida con los gerentes estatales actuales y futuros del programa y con los representantes de la administración del programa y para la distribución que se me haga de equipamiento y servicios. Si me cambio de domicilio y solicito el programa iCanConnect en otro estado, también permito al programa(s) iCanConnect, en el que he participado, a enviar mis records en el programa a cualquier otro programa estatal de iCanconnet que yo pueda solicitar. También permito que se reporte la información sobre mí a la Comisión de Comunicaciones Federal para la administración, operación, y supervisión del programa.  Si soy aceptado en el programa, me comprometo a usar los servicios del programa para los fines previstos. Entiendo que no puedo vender, dar, o prestar a otra persona el equipamiento que me ha sido entregado por el programa.  Si yo facilito records falsos o no cumplo con estos u otros requerimientos o condiciones del programa, los funcionarios del programa pueden terminar mis servicios inmediatamente. También, si contravengo estos u otros requerimientos o condiciones del programa a sabiendas, los funcionarios del programa pueden tomar acción legal contra mí.  Certifico que he leído, que entiendo y acepto estas condiciones para participar en el Programa Nacional de Distribución de Equipamiento para Sordos-Ciegos (NDBEDP). | | | |
| \***Nombre del Solicitante (en letra imprenta):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   |  | | --- | | **Padre o Tutor Legal si \*el Solicitante es menor de 18 años de edad:**  **Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Teléfono: ( \_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Voz Texto  VP  FAX  Dirección e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Firma del Padre/Tutor**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *“Como padre/tutor me**comprometo a asumir toda la responsabilidad en el cuidado y uso del equipamiento de telecomunicación recibido por y a cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del solicitante). Garantizo que el equipamiento será usado únicamente por el solicitante para los fines expresados en cuanto a actividades de telecomunicación.”* ***\*****Si el solicitante es mayor de 18 años, favor de presentar prueba legal de tutela y/o documentación de Poder Legal.*  **Si la solicitud es hecha por alguien que no sea el solicitante, favor de constatar el nombre completo,**  **Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Al plasmar mi nombre arriba, certifico que firmo esta solicitud en nombre del solicitante y que cuento con el conocimiento y consentimiento del solicitante. | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sección 4: Certificación Profesional** | |
| **La solicitud debe ser firmada por un profesional. Al firmar abajo, usted certifica que tiene conocimiento directo de la pérdida de visión y audición del solicitante.**  Para este programa, el CVAA requiere que el término “sordo-ciego” tenga el mismo significado dado por el Acta del Centro Helen Keller. En general, el individuo debe tener algún tipo de pérdida de visión y pérdida de audición de tal manera que, en combinación, causen dificultad extrema en conseguir independencia en actividades de la vida diaria, en alcanzar ajustes psicosociales, o en conseguir una vocación (trabajo).    **Específicamente, el requerimiento 64.6203 (c) de la FCC del NDBEDP especifica que un individuo que es “sordo-ciego” sea:**  **(1)** Cualquier persona:  (i) Que tiene una acuidad visual central de 20/200 o menor en el ojo más sano con lentes correctivas, o un defecto del campo en el que diámetro periférico del campo visual subtiende una distancia angular que no sea mayor de 20 grados, o una pérdida visual progresiva con una prognosis que lleve a una o ambas de estas condiciones;  (ii) Que tiene una discapacidad crónica auditiva tan severa que la mayor parte del habla no pueda ser entendida con amplificación máxima, o una pérdida progresiva de audición con una prognosis que lleve a esta condición; y  (iii) Para aquellos a los que la combinación de discapacidades descritas en . . . (i) y (ii) de esta sección les cause una dificultad extrema para lograr su independencia en actividades normales de la vida diaria, en alcanzar ajustes psicosociales, o en conseguir una vocación.  (2) Las capacidades funcionales de un individuo con respecto al uso de servicio de Telecomunicaciones, servicio de acceso a Internet, y servicios avanzados de comunicación, incluidos los servicios de interconexión y comunicaciones avanzadas y de información en diversos entornos, serán consideradas cuando se determine si el individuo es sordo-ciego en . . . (ii) y (iii) de esta sección.  (3) La definición en este párrafo también incluye cualquier persona que, a pesar de la incapacidad para medir con exactitud la pérdida de audición y visión debido a impedimentos cognitivos o conductuales, o ambos, pueda ser determinada por una valoración funcional y evaluativa que indique que existen discapacidades auditivas o visuales que causan dificultad extrema en lograr su independencia en actividades normales de la vida diaria, en alcanzar ajustes psicosociales, o en conseguir objetivos vocacionales.  **Sección 4: Certificación Profesional cont.**  **Certifico bajo pena de perjurio que, que yo sepa, este individuo es sordo-ciego según definición de la FCC indicada arriba y previamente referenciada en la Sección 1.**  **Favor de hacer constar cómo sabe usted sobre cada una de la pérdida de audición y visión del solicitante, Y la pérdida de audición y visión combinadas, como quedan definidas en los requerimientos de la FCC del NDBEDP indicados directamente más arriba.**  **\*Mi testimonio para cada pérdida de audición, visión y combinación de ambas está basado en:**  **Pérdida de Visión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Pérdida de Audición:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Pérdida de Audición y Visión combinadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Información Profesional**  Doctor/RN  Oftalmólogo/OD  Especialista Sordo-Ciego  Audiólogo  Especialista Visión Limitada  Consejero VR  Logopeda.  Professional HKNC  Terapeuta Ocupacional  Otros (favor de especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Nombre en Mayúsculas: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Título:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Firma del profesional:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **Dirección Postal:** | **Dirección e-mail:** |
| **Número de teléfono:**  **\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_  Voz  VP** | **Número de licencia / certificado** |

**Declaración de Confidencialidad**

La Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) recoge información personal de individuos a través del Programa Nacional de Distribución de Equipamiento para Sordos-Ciegos (NDBEDP), programa también conocido como iCanConnect. La FCC usará esta información para administrar y gestionar el NDBEDP.

La información personal es suministrada voluntariamente por individuos que solicitan el equipamiento (solicitantes del NDBEDP) y por los individuos que atestiguan sobre la discapacidad de los solicitantes de NDBEDP.  Esta información es necesaria para determinar si el solicitante es elegible para participar en el NDBEDP.  Además, la información personal es suministrada voluntariamente por individuos que registran quejas relacionadas con el NDBEDP con la FCC para ellos o para otros.  Si esta información no fuese suministrada, sería imposible resolver las quejas. Finalmente, cada programa NDBEDP estatal de distribución de equipamiento debe remitir a la FCC cierta información personal obtenida a través de sus actividades con el NDBEDP. Esta información es requerida para mantener la certificación de cada estado para poder participar en este programa.

La FCC está autorizada a recoger la información personal que es solicitada a través del NDBEDP según secciones 1, 4, and 719 del Acta de Comunicaciones de 1934, enmendada en; 47 U.S.C. 151, 154, and 620.

La FCC puede divulgar la información recogida a través del NDBEDP según permite el Acta de Confidencialidad y como queda descrita en la Comunicación de Sistema de Registros en el Acta de Confidencialidad de la FCC en 77 FR 2721 (Ene. 19, 2012), FCC/CGB-3, “Programa Nacional de Distribución de Equipamiento para Sordos-Ciegos (NDBEDP),” <https://www.fcc.gov/omd/privacyact/documents/records/FCC-CGB-3.pdf>.

Esta declaración es requerida por el Acta de Confidencialidad de 1974, Ley Pública 93-579, 5 U.S.C. 552a(e)(3).

Si usted tiene alguna pregunta, favor de ponerse en contacto:

**HKNC Region 9**

**Leah Neumann, Deaf-Blind Specialist**

**1953 S. Beretania St #5A**

**Honolulu, Hawaii 96826**

**(516) 460-1734 (v)**

**(808) 650-2594 (vp)**

**(516) 580-4515 (fax)**

**Leah.Neumann@hknc.org**

**Local Contact: Leah Abelon**

**(671) 735-2490/1 (v)**