

SOLICITUD DEL CONSUMIDOR DE 2024

Es la primera vez que solicita 

Consumidor que regresa

Beneficiario de otro estado

Estado:

Nombre del (la) solicitante: Fecha de nacimiento: Dirección:

Ciudad: Número de contacto primario: Este número es de:

 Voz  
 VP   
 TTY

Correo electrónico:

 No tengo acceso a mi correo electrónico en este momento

Contacto preferido, en caso de que no podamos comunicarnos con usted:



NOMBRE CORREO ELECTRÓNICO NÚM. TELEFÓNICO

**Doy permiso para que un Representante de iCC se comunique con esta persona y comparta información acerca de mi solicitud y estado**



Yo:

 Soy estudiante   
 Estoy empleado(a)

 Estoy desempleado(a)  
 Estoy jubilado(a)

Mis formas preferidas de comunicarme son (marque todas las que correspondan):   
 Inglés hablado

Idioma de Señas Americano  Visual

 Táctil

 Visión cercana

 Inglés por señas

Si corresponde, nombre/número del intérprete preferido:

Mi forma preferida de leer es:

 Copia impresa

Letra grande

 Braille

 Escuchando

Mi método preferido de comunicación es:

 Oralmente por teléfono

 Visualmente mediante un intérprete de Idioma de Señas Americano

 Texto mediante una aplicación de correo electrónico o messenger

 Plataforma de video con subtítulos

 Otro:



Me gustaría que mi Reunión de Admisión Remota se celebrara mediante:

 Oralmente por teléfono

 Conferencia telefónica con video mediante un intérprete de Idioma de Señas Americano

 Plataforma de Zoom con intérprete visual de Idioma de Señas Americano

 Plataforma de Zoom con subtítulos

Por favor, comparta con nosotros toda información adicional que nos ayude a mejorar su experiencia del programa y garantizar el acceso al mismo:



**Por favor, marque uno de los requisitos siguientes y proporcione documentación de apoyo para verificar su elegibilidad por ingresos:** Para ser elegible para participar en este programa financiado con fondos federales, el ingreso de su hogar no puede superar el 400% de las pautas de pobreza federales o usted tiene que calificar para los programas siguientes:

 Soy elegible para el programa siguiente y proporcionaré documentación de:

 Asistencia Federal para Vivienda Pública (Sección 8)

 Medicaid

 Programa de Asistencia para Gastos de Energía para Hogares de Bajos Ingresos/Asistencia Farmacéutica para Personas de Edad Avanzada y con Discapacidades (Pharmaceutical Assistance to the Aged and Disabled; PAAD)

 Asistencia Temporal para Familias Necesitadas

 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Cupones para alimentos)/PAAD

 Ingreso Suplementario de Seguridad (Supplemental Security Income; SSI)

 Seguro de Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance; SSDI)

***\*SÓLO SSI/SSDI: Incluya una carta en la que declara que ésta es su única fuente de ingreso o incluya las fuentes de ingreso adicionales.***

 **NO califico para ninguno de los programas indicados arriba y proporcionaré lo siguiente:**

 ¿Cuántas personas viven en su hogar?

 Declaración Federal de Impuestos al Ingreso (se requiere la declaración completa)

**Las pautas de ingreso de 2024 son las siguientes**:

| **Pautas Federales de Pobreza de 2024** | |
| --- | --- |
| **Número de personas en la familia/el hogar** | **400% para todos lados, excepto Alaska y Hawái** |
| **1** | **$60,240** |
| **2** | **$81,760** |
| **3** | **$103,280** |
| **4** | **$124,800** |
| **5** | **$146,320** |
| **Por cada persona adicional, añada** | **$21,520** |
| **Fuente** | Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos |



Para este programa, la FCC exige que el término "sordociego" tenga el mismo significado que le da la Ley del Centro Nacional Helen Keller. En general, la persona debe tener una determinada pérdida de visión y pérdida auditiva que, **combinadas**, causen dificultades extremas para alcanzar la independencia en las actividades de la vida diaria. Por favor, comparta la siguiente información para ayudar al programa a determinar su elegibilidad.

 Sí – tengo pérdida auditiva; la causa de mi pérdida auditiva es:

 Nací sordo(a)

 Perdí la audición como consecuencia de:

 Tengo:

 Audífonos

 Sistema auditivo conductivo óseo

 Implante(s) coclear(es)

 Ninguno de los anteriores

 Sí – soy ciego(a) o tengo discapacidad visual; la causa de mi pérdida de la vista es:

 Nací ciego(a)

 Perdí la vista como consecuencia de:

 Sí – tengo un padecimiento progresivo que resulta en pérdida de audición y visión llamado:



Soy/o he sido cliente de NJ CBVI:

 Sí

 No

* No estoy seguro(a)

Departamento:

 Rehabilitación vocacional

 Vivir independientemente (Independent Living)

 Educación

Si contesta sí, quién es su contacto principal:

¿Está recibiendo servicios de un profesional en pérdida de la vista, la audición o en sordoceguera?

Programa/Persona de contacto/Información de contacto:



¿Recibe servicios SSP?

 Sí

 No

 NO SÉ lo que significa SSP y me gustaría obtener más información

Estoy proporcionando la documentación siguiente para verificar mi elegibilidad por discapacidad:

 Un Plan de Educación Individualizado con la clasificación de Sordoceguera

 Una copia del Informe Audiológico más reciente

 Una copia del Informe de la Vista más reciente

 Una copia del diagnóstico confirmado que provocó la sordoceguera

 Proporcioné un Documento de Atestación de Discapacidad de un profesional que conoce directamente mi pérdida combinada de audición y visión.



1. ¿Cómo hace sus llamadas telefónicas? (Marque todas las que correspondan)

 Teléfono de casa

 Dispositivo Captel

Proveedor de teléfono móvil:



 Teléfono inteligente

 Servicio de retransmisión

 Facetime

 Otro:

 No tengo acceso a realizar llamadas telefónicas en este momento

 **Marque aquí si cualquiera de estos dispositivos se le dio mediante el Programa iCC**

1. ¿Qué dispositivo(s) y programa(s) usa actualmente?

**(Marque todas las que correspondan)**

 Computadora de escritorio

 Computadora portátil

 iPad/Tableta

 JAWS

 Zoomtext

Dispositivos emisores de alertas



 **Marque aquí si estos dispositivos se le dieron mediante el Programa iCC.**

1. ¿Ha recibido capacitación en computación en los últimos cinco años?

 SÍ

 No

Si contesta sí, ¿en dónde se le dio esta capacitación? **(Marque todas las que correspondan)**

 iCanConnect

 Capacitación uno a uno mediante otro programa

 Una clase pública

 Una tienda (ejemplo: apple/verizon)

 Un familiar/un(a) amigo(a) me enseñó

1. ¿Qué no puede hacer ahora que le gustaría hacer?

**(Marque todas las que correspondan)**

 Tener acceso a equipo accesible

 Aprender sobre la tecnología más reciente que está disponible

 Poder comunicarme con mis familiares y amigos

 Tener acceso a email

 Que se me alerte cuando reciba llamadas/mensajes

1. Tengo acceso a las plataformas siguientes:

 Zoom

 Google Meet

 Google Messenger

 Google Drive

 Ninguna de las anteriores

1. ¿Cuál es su necesidad prioritaria en relación con la comunicación a distancia?

**Divulgación de Información**

❏ Autorizo a la Comisión para las Personas Ciegas y con Discapacidades Auditivas de New Jersey y a The College of Jersey a que den a conocer la información relativa a mi solicitud, evaluación y necesidades de telecomunicaciones.

❏ También les doy permiso para que se comuniquen con toda persona y/o profesional que se incluya en esta solicitud.

❏ También les doy permiso para que se comuniquen con otros programas estatales de iCanConnect.









**¿Cómo se enteró de este programa?**

 **Comisión para la Ceguera y Discapacidad Visual**

**** **Centro Nacional Helen Keller**

 **Sitio de internet nacional de iCanConnect**

**** **Medios sociales**

 **Un miembro de la familia o una amistad**

**** **Agencia local de NJ:**

 **Evento comunitario:**

**Solicitud de servicios de iCanConnect/NJ**

**El Programa Nacional de Distribución de Equipo para la Sordoceguera (National Deaf-Blind Equipment Distribution Program; NDBEDP) apoya programas locales que distribuyen equipos a personas sordociegas (con pérdida combinada de audición y visión) de bajos ingresos para permitirles el acceso a servicios telefónicos, de comunicaciones avanzadas y de información. Este apoyo fue ordenado por la Ley de Accesibilidad a las Comunicaciones y al Vídeo del Siglo XXI de 2010 (Twenty-First Century Communications and Video Accessibility Act of 2010; CVAA) y lo brinda la Comisión Federal de Comunicaciones (Federal Communications Commission; FCC). Para obtener más información sobre el NDBEDP, visite** [**http://icanconnect.org**](http://icanconnect.org/) **o** [**http://www.fcc.gov/ndbedp**](http://www.fcc.gov/ndbedp)

**Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluida la información sobre mi discapacidad y mis ingresos, es verdadera, completa y exacta a mi leal saber y entender. Autorizo a los representantes del programa a que verifiquen la información proporcionada.**

**Permito que se comparta información sobre mí con los administradores y representantes actuales y sucesores del programa de mi estado para la administración del programa y para que se me proporcionen equipos y servicios. También permito que se comunique información sobre mí a la Comisión Federal de Comunicaciones para la administración, operación y supervisión del programa.**

**Si se me acepta en el programa, me comprometo a usar los servicios del programa únicamente para los fines previstos. Entiendo que no puedo vender, regalar ni prestar a otra persona ningún equipo que me proporcione el programa.**

**Si proporciono registros falsos o no cumplo con éstos u otros requisitos o condiciones del programa, los oficiales del programa pueden poner fin a mis servicios inmediatamente. Además, si incumplo éstos u otros requisitos o condiciones del programa a propósito, los oficiales del programa pueden emprender acciones legales contra mí.**

**Certifico que he leído, entiendo y acepto estas condiciones para participar en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipo para la Sordoceguera/National Deaf-Blind Equipment Distribution Program; NDBEDP).**

**La Comisión Federal de Comunicaciones recaba información personal sobre las personas a través del NDBEDP, un programa también conocido como iCanConnect. La Comisión Federal de Comunicaciones usará esta información para administrar y gestionar el NDBEDP.**

**Las personas que solicitan equipo (los solicitantes del NDBEDP) proporcionan su información personal voluntariamente, así como las personas que dan fe de la discapacidad de los solicitantes del NDBEDP. Esta información es necesaria para determinar si un solicitante es elegible para participar en el NDBEDP. Además, las personas que presentan quejas relacionadas con el NDBEDP ante la FCC en nombre propio o de terceros proporcionan voluntariamente su información personal. Cuando esta información no se proporciona, puede resultar imposible resolver las quejas. Por último, cada programa estatal de distribución de equipo certificado por el NDBEDP debe remitir a la FCC determinada información personal que haya obtenido a través de sus actividades en el marco del NDBEDP. Esta información es necesaria para mantener la certificación de cada estado para participar en este programa.**

# PÁGINA 8 CONTINUACIÓN

**La FCC está autorizada a recabar la información personal que se solicita a través del NDBEDP en virtud de los artículos 1, 4 y 719 de la Ley de Comunicaciones de 1934, en su versión modificada; 47 U.S.C. 151, 154 y 620.**

**La FCC puede divulgar la información que se recabe a través del NDBEDP según lo permitido en virtud de la Ley de Privacidad y según lo descrito en el Aviso del Sistema de Registros de la Ley de Privacidad de la FCC en 77 FR 2721 (19 de enero de 2012), FCC/CGB-3, "National Deaf-Blind Equipment Distribution Program (NDBEDP)",** [**https://www.fcc.gov/omd/privacyact/documents/recor**](http://www.fcc.gov/omd/privacyact/documents/records/FCC-CGB-3.pdf)**ds/FCC-**[**CGB**](http://www.fcc.gov/omd/privacyact/documents/records/FCC-CGB-3.pdf)**-**[**3.pdf.**](http://www.fcc.gov/omd/privacyact/documents/records/FCC-CGB-3.pdf)

**Esta declaración es obligatoria en virtud de la Ley de Privacidad de 1974, Ley Pública 93-579, 5 U.S.C. 552a(e)(3).**









The College of New Jersey PO Box 7718

Attention: iCanConnect Program Ewing, New Jersey 08628

Correo electrónico: [iCanConnect@tcnj.edu](mailto:iCanConnect@tcnj.edu) • Teléfono: (609)771-2711• Fax: (609)637-5144

**Si presenta documentos escaneados, por favor envíelos en formato PDF.**