

# **FLORIDA HK iCanConnect**

# **Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordociegas**

## **Sección 1: Instrucciones y lineamientos**

**Información general**

El Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordociegas (NDBEDP, por su sigla en inglés) brinda apoyo a programas locales que distribuyen equipos a personas sordociegas (con pérdida combinada de audición y visión) de bajos ingresos, para permitir el acceso a servicios telefónicos, de comunicación avanzada y de información. Este apoyo fue ordenado por la Ley de Accesibilidad de Comunicaciones y Video del Siglo XXI de 2010 (CVAA, por su sigla en inglés) y es proporcionado por la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC, por su sigla en inglés). Para más información sobre el NDBEDP, visite <http://icanconnect.org> o <http://www.fcc.gov/ndbedp>.

**¿Quién reúne los requisitos para recibir equipos?**

De acuerdo con la CVAA, solo personas sordociegas de bajos ingresos pueden recibir los equipos que proporciona el NDBEDP. Los solicitantes deben proporcionar evidencia de sus bajos ingresos y de su condición de sordoceguera.

**Elegibilidad según ingresos**

Para ser elegible, el total de los ingresos de su familia/hogar debe estar por debajo del 400% de los Lineamientos Federales de Pobreza, como se muestra en la lista;

**Lineamientos Federales de Pobreza 2025**

* **Número de integrantes en su familia/hogar: 1**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $62,600
  + para Alaska: $78,200
  + para Hawái: $71,960
* **Número de integrantes en su familia/hogar: 2**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $84,600
  + para Alaska: $105,720
  + para Hawái: $97,280
* **Número de integrantes en su familia/hogar: 3**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $106,600
  + para Alaska: $133,240
  + para Hawái: $122,600
* **Número de integrantes en su familia/hogar: 4**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $128,600
  + para Alaska: $160,760
  + para Hawái: $147,920
* **Número de integrantes en su familia/hogar: 5**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $150,600
  + para Alaska: $188,280
  + para Hawái: $173,240
* **Número de integrantes en su familia/hogar: 6**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $172,600
  + para Alaska: $215,800
  + para Hawái: $198,560
* **Número de integrantes en su familia/hogar: 7**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $194,600
  + para Alaska: $243,320
  + para Hawái: $223,880
* **Número de integrantes en su familia/hogar: 8**
  + Ingreso del hogar para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $216,600
  + para Alaska: $270,840
  + para Hawái: $249,200
* **Para cada integrante adicional en su hogar, añada**
  + para todas partes, excepto Alaska y Hawái: $22,000
  + para Alaska: $27,520
  + para Hawái: $25,320

Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Para determinar si el ingreso reúne los requisitos para el NDBEDP, la FCC define «ingreso» y «hogar» de la siguiente manera:

El «ingreso» se trata de todos los ingresos que realmente reciben todos los miembros del hogar. Esto incluye los salarios sin las deducciones de impuestos, beneficios de asistencia pública, pagos de seguridad social, pensiones, seguros de desempleo, beneficios para veteranos, herencias, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios de indemnización laboral, regalos, ganancias de lotería, e importes similares. Las únicas excepciones son la asistencia financiera a estudiantes, la asistencia para vivienda militar y subsistencia, los ingresos irregulares de pequeños trabajos ocasionales, como el cuidado de niños o corte de césped, y otros ingresos similares.

Un «hogar» es cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección como 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 ingresos o cuenta con un ingreso mínimo, y vive con alguien que le proporciona apoyo económico, ambas personas se considerarán parte del mismo hogar. Los niños menores de dieciocho años que viven con sus padres o tutores se consideran parte del mismo hogar que sus padres o tutores.

Consulte la Sección 2 para ver la información sobre los ingresos de la familia/hogar que debe proporcionar con la presente solicitud.

**Elegibilidad según discapacidad**

Para este programa, la CVAA requiere que el término "persona sordociega" tenga el mismo significado que le da la Ley del Centro Nacional Helen Keller. Por lo general, el individuo tiene que tener cierta pérdida de visión y de audición que, combinadas, le causen una extrema dificultad para conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener una vocación (trabajo/empleo).

Específicamente, la regla 64.6203(c) del NDBEDP de la FCC establece que una persona que es "sordociega" es:  
 (1) Cualquier individuo:

(i) Que tenga una agudeza visual central de 20/200 o menos en el ojo mejor con lentes correctivos, o un defecto de campo tal que el diámetro periférico del campo visual delimite una distancia angular no mayor a 20 grados, o una pérdida visual progresiva con un pronóstico que lleve a una o ambas de estas afecciones;

(ii) Que tenga una deficiencia auditiva crónica tan grave que la mayor parte del habla no pueda entenderse con una amplificación óptima, o una pérdida auditiva progresiva con un pronóstico que lleve a esta afección; y

(iii) Para quien la combinación de afecciones descritas en . . . i) y ii) de esta sección causen dificultades extremas para conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener una vocación.

(2) Las capacidades funcionales de un individuo con respecto al uso del servicio de telecomunicaciones, el servicio de acceso a Internet y los servicios avanzados de comunicaciones, que incluyen los servicios de intercambio y los servicios avanzados de telecomunicaciones e información en varios contextos, se considerarán cuando se determine si la persona es sordociega según . . . ii) y iii) de la esta sección.

(3) La definición de este párrafo (c) también incluye a cualquier individuo que, a pesar de la imposibilidad de medir con precisión la pérdida de audición y visión debido a limitaciones cognitivas o del comportamiento, o ambas, se puede determinar, a través de la evaluación funcional y de rendimiento, que tiene severas discapacidades auditivas y visuales que causan una extrema dificultad para conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener objetivos vocacionales.

**¿Quién puede certificar la elegibilidad de una persona según su discapacidad?**

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

* Audiólogo
* Proveedor de servicios comunitario
* Educador
* Profesional de la audición
* Representante del Centro Nacional Helen Keller (HKNC, por su sigla en inglés)
* Profesional de la salud
* Escuela para personas sordas o ciegas
* Especialista en sordoceguera
* Patólogo del habla
* Programa estatal de tecnología de equipamiento y asistencia
* Profesional de la visión
* Consejero de rehabilitación vocacional

En la certificación, estos profesionales pueden también incluir información acerca de las habilidades funcionales de los individuos para usar servicios de telecomunicaciones, acceso a Internet, y de comunicación avanzada, en diversos entornos.

Documentación ya existente que indique que una persona es sordociega, como un audiograma, registros de visión, programa de educación individualizada (IEP) o una carta de determinación del Seguro Social, puede servir como verificación de la discapacidad. Se solicitarán estos documentos.

Consulte la Sección 4 para ver la información sobre la certificación de discapacidad que debe proporcionar con la presente solicitud.

**Política de confidencialidad**

iCanConnect se compromete a proteger su privacidad. La información proporcionada en este formulario de solicitud sólo se utilizará para determinar la elegibilidad para los productos y servicios de iCanConnect. iCanConnect no venderá, distribuirá ni arrendará su información personal a terceros a menos que usted lo permita, o si el programa iCanConnect está obligado a hacerlo por ley. iCanConnect se compromete a mantener su información personal segura. Con el fin de impedir el acceso o la divulgación no autorizada, se han implementado procedimientos físicos, electrónicos y de gestión adecuados para salvaguardar y asegurar la información que iCanConnect recoge.



**FLORIDA HK Programa de Distribución de Equipos para Personas Sordociegas**

## **Sección 2: Información del solicitante**

**Nombre del solicitante (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):**

**Dirección:**

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

**Comunidad/Nombre del Establecimiento (p. ej., residencia para ancianos, complejo de departamentos):**

**Dirección postal (si es diferente):**

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**Número de teléfono principal (marque una X al lado de su elección):**

Voz

Videoteléfono

Texto

**Dirección de correo electrónico:**

**Hora adecuada para contactarlo:**

**Género (por favor, marque una X al lado de su elección):**

Masculino

Femenino

**Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año):**

**¿Usted (el solicitante) cumple con la definición de persona sordociega descrita en la Sección 1? (Por favor, marque una X al lado de su elección.)**

Sí

No

**Causa de la pérdida de audición - Describa su pérdida auditiva**

1. **¿Cuándo comenzó a perder la audición (a que edad)?**
2. **Causa de la sordera/pérdida de audición:**

**(por favor, marque una X al lado de su elección):**

Persona sorda

Con dificultades auditivas

Con sordera postlocutiva

Puede comprender el habla

Persona que NO es sorda ni tiene dificultades auditivas

Marca/Tipo de Audífonos:

**Causa de la pérdida de la visión – Describa su pérdida de la visión:**

1. **¿Cuándo comenzó a perder la visión (a que edad)?**
2. **Causa de la ceguera/baja visión:**

**(por favor, marque una X al lado de la opción que describe su visión):**

Persona ciega

Baja visión

Persona que NO es ciega ni tiene baja visión

¿Usa anteojos?

Si tiene visión usable, por favor, describa:

**Preferencia de comunicación (por favor, marque una X al lado de sus elecciones):**

Lenguaje Americano de Señas (ASL)

Lenguaje de señas táctil

Lenguaje de Señas Pidgin (PSE)

Lenguaje de señas de visión cercana

Inglés Signado Exacto (SEE)

Lenguaje hablado, en caso de no ser inglés, por favor, especifique:

Otro (especifique):

**¿Cuáles de las siguientes actividades realiza actualmente? (Por favor, marque una X al lado de sus elecciones.)**

Braille (lectura y escritura)

Mensajes de texto

Mensajería instantánea

Correo electrónico

Teléfono con amplificador

Retransmisión de llamadas a través de un teléfono fijo

Teléfono con amplificador y letras grandes

Retransmisión de llamadas a través de la red/computadora/teléfono inteligente

Videoteléfono/Chateo por video

Otro:

**¿Cuenta con conexión a Internet que pueda utilizar en su hogar? (Por favor marque una X al lado de su elección.)**

Sí

No

Nombre del proveedor de Internet:

**¿En la actualidad cuenta con plan de telefonía celular? (Por favor marque una X al lado de su elección.)**

Sí

No

Compañía de telefonía celular:

**¿Desea que lo agreguemos al Registro Nacional del HKNC? (Por favor marque una X al lado de su elección.)**

Sí

No

Ya estoy registrado.

**Estado en el cual es residente permanente:**

**¿Ha participado antes en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipos para personas Sordociegas) o recibió tecnología? (Por favor, marque una X al lado de su elección.)**

Sí

No

**En caso afirmativo, ¿en qué estado/estados participó en iCanConnect o recibió tecnología?** *(Enumere todos):*

**Contacto alternativo/de emergencia:**

Nombre:

Relación con el solicitante:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono principal:

(Por favor, marque una X al lado de su elección)

Voz

Texto

Videoteléfono

Dirección de correo electrónico:

**REQUERIDO Información financiera:**

**Número de personas que viven en su casa:**

**Ingreso total de su hogar: $**

**Adjunte prueba de ingresos a la PRESENTE solicitud.**

*Consulte las instrucciones de la solicitud para ver ejemplos de prueba de ingresos. Para ser elegible para este programa, el ingreso de los solicitantes debe reunir los requisitos descritos en la Sección 1.*

**Elegibilidad según ingresos**

Para confirmar su elegibilidad según los ingresos, envíe por correo o fax la documentación que demuestre que actualmente está inscrito en un programa federal con un requisito de elegibilidad según ingresos que no supere el 400% de los Lineamientos Federales de Pobreza, como, por ejemplo:

* Medicaid
* Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por su sigla en inglés)
* Asistencia federal para la vivienda pública o Sección 8
* Cupones de alimentos o Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por su sigla en inglés)
* Prestación de pensión para veteranos y supervivientes

Si ninguna de las opciones anteriores describe su caso, envíe por correo o por fax una copia de los formularios de impuestos 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por su sigla en inglés) del año pasado presentados por usted y los miembros de su familia/hogar, o envíe otros comprobantes de los ingresos totales de su familia/hogar, como las declaraciones recientes de beneficios de jubilación de la Administración del Seguro Social u otras declaraciones de beneficios de pensión.

Nota: la elegibilidad según ingresos tendrá un año de validez.

## **Sección 3: Certificación de discapacidad y elegibilidad según ingreso del solicitante**

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

Permito que mi información se comparta con los actuales y sucesores gerentes y representantes del programa de mi estado para la administración del programa y la entrega de equipos y servicios a mi favor. Si me mudo y presento una solicitud para cualquier otro programa iCanConnect estatal, también permito que todos los programas iCanConnect estatales en los que participé envíen los registros de mi programa a cualquier otro programa iCanConnect estatal al que presente una solicitud. También permito que se comparta mi información con la Comisión Federal de Comunicaciones para la administración, ejecución y supervisión del programa.

Si me aceptan en el programa, me comprometo a usar los servicios del programa únicamente para los fines previstos. Entiendo que no puedo vender, dar ni prestar a otra persona ningún equipo que se me haya proporcionado mediante el programa.

Si proporciono cualquier registro falso o no cumplo con estos u otros requisitos o condiciones del programa, los funcionarios del programa pueden poner fin a los servicios que se me prestan inmediatamente. Además, si violo estos u otros requisitos o condiciones del programa intencionalmente, los funcionarios del programa pueden tomar medidas legales contra mí.

Certifico que he leído, comprendido y aceptado estas condiciones para participar en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipos para personas Sordociegas).

**Nombre del solicitante (LETRA DE IMPRENTA):**

**Firma del solicitante:**

**Fecha:**

**Padre o tutor legal si el \*Solicitante es menor de 18 años:**

**Nombre:**

**Relación:**

**Teléfono:**

**(Por favor, marque una X al lado de su elección)**

**Voz**

**Texto**

**Videoteléfono**

**Fax:**

**Dirección de correo electrónico:**

**Firma del padre/tutor:**

*«Como padre/tutor me comprometo a asumir total responsabilidad por el cuidado y uso del equipo de telecomunicación recibido en nombre de*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del solicitante). Me aseguraré de que el equipo sea utilizado únicamente por el solicitante con el objetivo explícito de llevar a cabo actividades de telecomunicación».* ***\*****Si el solicitante es mayor de 18 años, por favor, proporcione una prueba de la custodia legal o un poder notarial.*

**Si otra persona que no sea el solicitante completa esta solicitud, por favor, indique su nombre completo.**

**Nombre:**

**Firma:**

**Fecha:**

Al escribir mi nombre arriba, certifico que firmo esta solicitud en representación del solicitante y con su conocimiento y consentimiento.

## **Sección 4: Certificación profesional**

**Un profesional del cuidado de la salud debe firmar la presente solicitud. Al firmar abajo, certifica que tiene conocimiento directo de la pérdida de visión y audición del solicitante.**

Para este programa, la CVAA requiere que el término "persona sordociega" tenga el mismo significado que le da la Ley del Centro Nacional Helen Keller. Por lo general, el individuo tiene que tener cierta pérdida de visión y de audición que, combinadas, le causen una extrema dificultad para conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener una vocación (trabajo).

**Específicamente, la regla 64.6203(c) del NDBEDP de la FCC establece que una persona que es "sordociega" es:**

**(1)** Cualquier individuo:

(i) Que tenga una agudeza visual central de 20/200 o menos en el ojo mejor con lentes correctivos, o un defecto de campo tal que el diámetro periférico del campo visual delimite una distancia angular no mayor a 20 grados, o una pérdida visual progresiva con un pronóstico que lleve a una o ambas de estas afecciones;

(ii) Que tenga una deficiencia auditiva crónica tan grave que la mayor parte del habla no pueda entenderse con una amplificación óptima, o una pérdida auditiva progresiva con un pronóstico que lleve a esta afección; y

(iii) Para quien la combinación de afecciones descritas en . . . i) y ii) de esta sección causan dificultades extremas para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener una vocación.

**(2)** Las capacidades funcionales de un solicitante con respecto al uso del servicio de telecomunicaciones, el servicio de acceso a Internet y los servicios avanzados de comunicaciones, que incluyen los servicios de intercambio y los servicios avanzados de telecomunicaciones e información en varios contextos, se considerarán cuando se determine si la persona es sordociega según . . . ii) y iii) de la esta sección.

**(3)** La definición de este párrafo también incluye a cualquier individuo que, a pesar de la imposibilidad de medir con precisión la pérdida de audición y visión debido a limitaciones cognitivas o del comportamiento, o ambas, se puede determinar, a través de la evaluación funcional y de rendimiento, que tiene severas discapacidades auditivas y visuales que causan una extrema dificultad para conseguir la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener objetivos vocacionales.

**Certifico bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, esta persona es sordociega según lo definió la FCC anteriormente y como se mencionó antes en la Sección 1.**

**Por favor, indique de qué manera está familiarizado con cada una de las pérdidas de audición y visión del solicitante, Y la combinación de pérdida de audición y visión del solicitante, como se define en las normas del NDBEDP de la FCC que se indican directamente arriba.**

**\*Mi certificación para cada pérdida de audición, visión y pérdida combinada se basa en:**

**Nombre del solicitante:**

**Pérdida de visión:**

**Pérdida de audición:**

**Describa cómo la combinación de pérdida de audición y visión afecta a esta persona en la vida diaria (por favor, consulte la definición de persona sordociega en esta sección de la solicitud):**

**Información del profesional (Por favor, marque una X al lado de su elección):**

Audiólogo

Proveedor de servicios comunitario

Educador

Profesional de la audición

Representante del HKNC

Profesional de la salud

Escuela para personas sordas o ciegas

Especialista en sordoceguera

Patólogo del habla

Programa estatal de tecnología de equipamiento y asistencia

Profesional de la visión

Consejero de rehabilitación vocacional

Otro (por favor, indique):

**Nombre en letra de imprenta:**

**Título:**

**Firma del profesional:**

**Fecha:**

**Dirección postal:**

**Correo electrónico:**

**Teléfono:**

(Por favor marque una X al lado de su elección)

Voz

Texto

Videoteléfono

**Licencia/Número de certificado:**

**Declaración de privacidad**

La Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) recopila información personal sobre los individuos a través del Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordociegas (NDBEDP), un programa también conocido como iCanConnect. La FCC utilizará esta información para administrar y gestionar el NDBEDP.

La información personal es proporcionada voluntariamente por las personas que solicitan equipos (solicitantes del NDBEDP) y las personas que certifican la discapacidad de los solicitantes del NDBEDP. Esta información es necesaria para determinar si un solicitante es reúne los requisitos para participar en el NDBEDP.  Además, la información personal es proporcionada de manera voluntaria por personas que presentan quejas relacionadas con el NDBEDP ante la FCC en representación propia o de otros. Cuando no se proporciona esta información, puede ser imposible resolver las quejas. Finalmente, el programa de distribución de equipos certificado por el NDBEDP de cada estado debe presentar a la FCC cierta información personal que obtuvo a través de sus actividades del 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 en virtud de las secciones 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 revelar la información recopilada a través del NDBEDP como lo permite la Ley de Privacidad y como se describe 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, «Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordociegas (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).

Correo electrónico:

Envíe las solicitudes completadas junto con los documentos de respaldo por fax al:

Dirección postal:

En caso de tener alguna pregunta acerca de los servicios, por favor, comuníquese:

Envíe por correo, correo electrónico o fax la solicitud completa (Secciones 1, 2, 3, y 4) a:

**Envíe por correo, correo electrónico o fax la solicitud completa**

**Contact and mailing:**

Anindya Bhattacharyya, HK FLORIDA DBEDP Project Coordinator

[abhattacharyya@helenkeller.org](mailto:abhattacharyya@helenkeller.org)

Janice Hanvey, Administrative Assistant

[jhanvey@helenkeller.org](mailto:jhanvey@helenkeller.org)

(516) 393-7733 Office phone (Voice)

(516) 350-1026 Cell (Text/Voice)

E-Fax: (516) 393-7597

**Mailing Address:** HKNC SE Office

P.O. Box 380

Concord, Georgia 30206