

SECCIÓN A

Por favor escriba su información en letra de molde (Información obligatoria)

Nombre del solicitante (Apellido, Primer, Segundo)

Nº. de teléfono

Nº. trabajo / celular

Dirección de hogar

Ciudad

Código postal

Dirección de correo (si es distinta a la de arriba)

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

Nº. de licencia o de ID de Oregon
(Si no tiene una licencia o ID de Oregon por
favor comuníquese con la oficina del TDAP)

Fecha de nacimiento
del solicitante

Dirección de email

Nombre del contacto alternativo (Apellido, Primer)

Parentesco

Dirección de correo del contacto

Nº. de teléfono

CONDICIONES DE ACEPTACIÓN Y ACUERDO PARA EL EQUIPO DEL TDAP

Por favor lea y firme el formulario, lo que indicará que está de acuerdo a acatar con las siguientes condiciones al aceptar el equipo del TDAP (equipo):

- Este equipo es propiedad del Estado de Oregon. Usaré el equipo de acuerdo con las leyes de Oregon, incluyendo el OAR Capítulo 830 División 33.
- No le venderé, regalaré, ni prestaré el equipo a nadie. Soy responsable del costo de cualquier daño al equipo que no sea causado por uso normal ni por un acto o desastre natural. Una lista de precios con los precios más actuales de equipo previamente usado y de equipo nuevo está disponible si la solicita.
- Soy responsable del cuidado apropiado del equipo y no lo debo usar ni permitir que sea usado para ningún propósito que no sea tener acceso a los servicios telefónicos.
- Si me roban el equipo, le debo avisar a la agencia local de policía dentro de un período de 24 horas de cuando descubra el robo. Estoy de acuerdo a darle una copia del informe de la policía a la oficina del TDAP dentro de un período de cinco (5) días hábiles de la fecha en que el robo fue reportado.
- Si el equipo es dañado debido a una inundación, tormenta, incendio, u otro acto natural, debo presentarle un informe del seguro, del departamento de bomberos, de la policía u otro informe similar sobre el evento a la oficina del TDAP dentro de un período de cinco (5) días hábiles después de la fecha en que ocurrió el evento.
- Estoy de acuerdo a avisarle a la oficina del TDAP de cualquier cambio (nombre, dirección, número de teléfono, etc.) Si me mudo a otro lugar en Oregon, debo informarle mi dirección nueva a la oficina del TDAP dentro de un período de treinta (30) días de haberme mudado.
- Soy responsable de la compra de suministros para el equipo, tales como papel TTY, bombillas, pilas, servicio, y los costos relacionados al uso del equipo si no lo entrego antes de mudarme fuera de Oregon.
- Debo regresarle el equipo a la oficina del TDAP dentro de un período de 30 días después de haber cancelado el servicio de teléfono.
- Debo obtener permiso por escrito del Gerente del TDAP en la PUC antes de viajar fuera del Estado de Oregon con cualquier equipo por más de 90 días.
- Si firmé este formulario en nombre de un menor de edad o como el guardián de un adulto, estoy de acuerdo a avisarle a la oficina del TDAP sobre un cambio en responsabilidad dentro de un período de cinco (5) días calendario del evento (por ejemplo, el menor de edad cumple 18 años o hay un cambio de guardián), estoy de acuerdo que el TDAP me cobrará por el equipo si el menor de edad no firma un formulario nuevo de Condiciones de Aceptación y Acuerdo dentro de un período de 30 días calendario después de que el menor de edad cumpla 18 años.

Todas las declaraciones que he hecho en este formulario de solicitud son verdaderas y correctas según mi entender.

Firma del solicitante o padre / madre / guardián (si el solicitante tiene menos de 18 años)

Fecha

(Por favor continúe al dorso)

SECTION B

PROFESSIONAL CERTIFICATION FORM

This section to be completed by a licensed physician, speech pathologist, audiologist, vocational rehabilitation counselor, or hearing aid specialist.

Available Equipment:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> TTY | <input type="checkbox"/> Dialogue VCO Telephone |
| <input type="checkbox"/> CapTel Phone | <input type="checkbox"/> Uniphone 1140 |
| <input type="checkbox"/> CapTel Phone with USB Port | <input type="checkbox"/> Telebraille |
| <input type="checkbox"/> XL-40 Amplified Phone | <input type="checkbox"/> Telitalk (Electrolarynx Telephone) |
| <input type="checkbox"/> XL-50 Amplified Phone | <input type="checkbox"/> XL-25s Amplified Weak Speech Phone |
| <input type="checkbox"/> Large Visual Display (For TTY Only) | |
| <input type="checkbox"/> JV 35 Vision Impaired Phone (Black Buttons w/ White Numbers) | |
| <input type="checkbox"/> JV 35 Vision Impaired Phone (White Buttons w/ Black Numbers) | |
| <input type="checkbox"/> RC 200 Remote Controlled Speaker Telephone | |

Accessory for Deaf or Hard of Hearing:

Optional Accessory for Hearing Aid Users (with T-Coil):

- | | | | | | |
|--------------------------------------|----|--|--|----|--|
| <input type="checkbox"/> Loud Ringer | or | <input type="checkbox"/> Signal Device | <input type="checkbox"/> Neckloop | or | <input type="checkbox"/> Silhouette - Single |
| | | | <input type="checkbox"/> Silhouette - Dual | | |

Training VHS Videotape:

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> TTY | <input type="checkbox"/> CapTel Phone | <input type="checkbox"/> RC 200 Remote Controlled Speaker Telephone |
|------------------------------|---------------------------------------|---|

RC 200 Speakerphone Accessories:

- | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pillow Switch | <input type="checkbox"/> Lapel Mic | <input type="checkbox"/> Air Switch | <input type="checkbox"/> Headset | <input type="checkbox"/> Foot Switch |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|

***Please mark all applicable impairments.
Leaving this section blank will result in automatic denial of your application.***

- | | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Hard of Hearing/ Deaf: | <input type="checkbox"/> Moderate to Severe | <input type="checkbox"/> Severe | <input type="checkbox"/> Profound |
| <input type="checkbox"/> Vision/Blind | <input type="checkbox"/> Severe Speech | <input type="checkbox"/> Mobility | |

I hereby certify that the above named applicant requires the use of specialized telecommunications equipment to communicate effectively on the telephone.

_____ Name (Print or Type)		_____ Title		_____ License Number	
_____ Street		_____ City		_____ State	_____ Zip Code
_____ Signature		_____ Telephone		_____ Date	