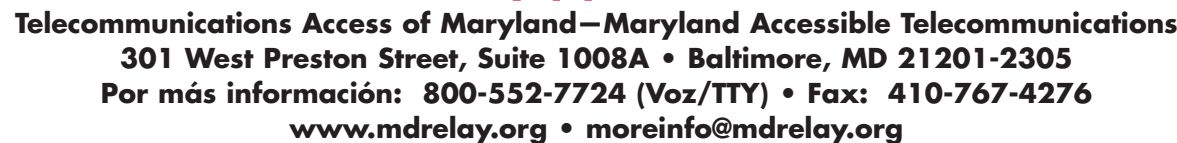

State of Maryland
Telecommunications Access of Maryland
Maryland Accessible Telecommunications
301 West Preston Street, Suite 1008A
Baltimore, Maryland 21201

Por favor desprendar y entregar esta tarjeta a su médico, audiólogo, terapeuta de rehabilitación o foniatra para completar y enviar la solicitud por correo.



MARYLAND ACCESSIBLE TELECOMMUNICATIONS
301 W. Preston Street, Suite 1008A, Baltimore, MD 21201
800-552-7724 (V/TTY) • www.mdrelay.org

Por favor, escriba en imprenta. Use tinta.

Nombre:	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Apellido
Dirección postal (<u>no</u> debe ser una casilla de correo):			Apto.
Ciudad	Estado		Código postal
Número de Seguridad Social	Fecha de nacimiento: m m / d d / a a a a		
Correo electrónico			

☐ Allegany	☐ Carroll	☐ Harford	☐ Saint Mary's
☐ Anne Arundel	☐ Cecil	☐ Howard	☐ Somerset
☐ Baltimore City	☐ Charles	☐ Kent	☐ Talbot
☐ Baltimore County	☐ Dorchester	☐ Montgomery	☐ Washington
☐ Calvert	☐ Frederick	☐ Prince George's	☐ Wicomico
☐ Caroline	☐ Garrett	☐ Queen Anne's	☐ Worcester

	Voz	TTY	VCO	HCO	Video
Número de teléfono	Circule todo lo que corresponda				

Nombre	
Parentesco	Número de teléfono

Nombre del padre/madre/tutor	Correo electrónico
	Voz TTY VCO HCO Video
Número de teléfono	Circle todos los que correspondan

☐ Voz ☐ Lectura de labios ☐ ASL ☐ Señas en inglés

☐ Notas escritas ☐ TTY ☐ Braille

☐ No ☐ Sí - ¿En qué año? _____

Por solicitudes adicionales, sírvase visitar www.mdrelay.org
 O envíe un correo electrónico a: moreinfo@mdrelay.org

SOLICITUD DE M.A.T. – PARTE 2 ELEGIBILIDAD

MARYLAND ACCESSIBLE TELECOMMUNICATIONS
301 W. Preston Street, Suite 1008A, Baltimore, MD 21201
800-552-7724 (V/TTY) • www.mdrelay.org

¿ES USTED (marque lo que corresponda)

- ☐ mayor de 5 años?
- ☐ residente de Maryland?
- ☐ alguien que tiene problemas para usar un teléfono común debido a una discapacidad?

¿TIENE USTED (marque lo que corresponda)

- ☐ un servicio de telefonía fija en su hogar ahora?
- Si no es así, ¿ha solicitado un servicio telefónico? ☐ Sí ☐ No

☐ Recibe usted uno de los siguientes beneficios financieros:

- ☐ Seguridad Social (SSA)
- ☐ SSI (Seguro de Ingreso Suplementario)
- ☐ SSDI (Seguro Social por Discapacidad)
- ☐ TANF (Ayuda Temporal para Familias Necesitadas)
- ☐ TDAP (Programa de Asistencia a la Discapacidad Temporal)
- ☐ Asistencia de Farmacia
- ☐ Beneficios para Veteranos de Guerra
- ☐ Asistencia de Vivienda de HUD
- ☐ Asistencia médica
- ☐ Otros beneficios estatales o federales (sírvese indicar): _____

Si usted recibe cualquiera de estos beneficios, por favor envíe una COPIA de la documentación como prueba. POR FAVOR, NO ENVÍE ORIGINALES (¡no serán devueltos!)

SI USTED NO RECIBE ESTOS BENEFICIOS PERO TIENE UN INGRESO LIMITADO, DE TODOS MODOS PODEMOS CONSIDERARLO. ENVÍENOS LO SIGUIENTE:

- ☐ Copia de UNO de los siguientes: **Últimos dos recibos de sueldo, o recibo de pago del seguro de desempleo, o formulario de la declaración de impuestos del último año**
- ☐ Copia de su factura telefónica (u otra factura de servicios públicos)
- ☐ Copia de una identificación con fotografía, licencia de conducir o tarjeta de identificación

POR FAVOR, NO ENVÍE ORIGINALES (¡no serán devueltos!)

Por solicitudes adicionales, sírvase visitar www.mdrelay.org
○ envíe un correo electrónico a: moreinfo@mdrelay.org

SOLICITUD DE M.A.T. – PARTE 3 DECLARACIÓN DE TÉRMINOS Y CONDICIONES para la aceptación de bienes propiedad del Estado para uso personal

Entiendo y acuerdo lo siguiente:

- El equipo de telecomunicaciones es propiedad del Estado de Maryland. El equipo se me entrega en préstamo para mi uso personal con el fin de tener acceso al teléfono y puedo usarlo durante el tiempo que sea residente de este Estado. Las condiciones para mi uso son las siguientes: (1) No lo venderé, empeñaré, entregaré, prestaré ni transferiré de ninguna otra forma ninguno de los derechos que yo pueda tener sobre este equipo a otros y (2) cumpliré con todos los términos y condiciones de esta declaración, la cual firmo voluntariamente.
- Protegeré el equipo de daños causados por líquidos, temperaturas extremas o cuidados insuficientes. Entiendo que si el equipo se daña de manera deliberada, se me solicitará que pague su reparación.
- Si el equipo se daña, yo NO intentaré repararlo ni desarmar el equipo. Devolveré el equipo al vendedor. Entiendo que si intento reparar o desarmar el equipo, esto caducará la garantía del fabricante y se me solicitará que pague la reparación del equipo.
- Cuando sea necesario reparar el equipo debido al USO Y DESGASTE NORMAL, se me proporcionará el servicio sin costo. Debo enviar el equipo de vuelta al vendedor para el servicio.
- Si el equipo es ROBADO, lo denunciaré a la policía de inmediato. Enviaré una copia de la denuncia a la policía, a la oficina de MAT de manera inmediata. No se me emitirá un reemplazo hasta que haya hecho esto.
- Si PIERDO mi equipo de telefonía especializada, debo informar la pérdida al Estado de Maryland/oficina de MAT. Entiendo que el Estado NO me entregará otra unidad si el equipo se pierde.
- Entiendo que es contra la ley presentar declaraciones falsas respecto de bienes del Estado perdidos, dañados o robados. Entiendo que dichas declaraciones falsas realizadas por mí pueden resultar en consecuencias penales. Entiendo que si VENDO o EMPEÑO el equipo, puedo estar sujeto a consecuencias penales. Entiendo y acuerdo defender, desagraviar y mantener libre de responsabilidad al Estado de Maryland y a sus unidades, agentes, agencias, departamentos, funcionarios, representantes y empleados de cualquier reclamo, daño y gasto de cualquier naturaleza que pudiera surgir del uso o uso inapropiado por mí o cualquier otra persona del equipo entregado a mí para mi uso personal. Además entiendo y acuerdo que el Estado de Maryland y sus unidades, agentes, agencias, departamentos, funcionarios, representantes y empleados no son responsables por equipo provisto por el proveedor del equipo, por cualquier acto de omisión del proveedor del fabricante del equipo. Cualquier reclamo o disputa sobre el equipo o el mantenimiento del mismo solo puede realizarse al proveedor o fabricante del equipo. El Estado no se considera vendedor del equipo y no debe considerarse de manera alguna una parte de cualquier transacción o transacciones entre el cliente y el proveedor o fabricante del equipo.
- La falta de cumplimiento de estas Condiciones de Aceptación puede resultar en que se me prive del privilegio de contar con un equipo de acceso telefónico especializado provisto por el Estado de Maryland.
- Al aprobarse el formulario de solicitud, entiendo que se me notificará de la aceptación por escrito. De ser necesario, solicitaré instrucción específica sobre el dispositivo que recibo. Si soy un menor, uno de mis padres o mi tutor me acompañarán a la instrucción requerida para firmar esta declaración. Si tengo discapacidades físicas que no me permitan asistir a la instrucción, puedo llamar al 1-800-552-7724 para hacer los arreglos para un lugar de capacitación alternativo.

Tras haber leído las condiciones anteriores o luego de que me fueran leídas y explicadas, acuerdo cumplir con todos los términos y condiciones por los que yo, o el menor en nombre de quien firmo, cumple con los requisitos para recibir el equipo solicitado y cuenta con (1) la certificación médica de discapacidad requerida; (2) cumple con las directrices de ingresos por recibir actualmente SSI, SSDI, TDAP o TANF; (3) firma la declaración de términos y condiciones para la aceptación de bienes propiedad del Estado; y (4) no está recibiendo equipo similar a través de ninguna otra agencia o departamento estatal o federal.

Nombre en imprenta

Firma (Solicitante o padre/madre/tutor, si es menor de 18 años)

Fecha

Testigo

Fecha

Firma del intérprete (si el formulario fue interpretado)

SOLICITUD DE M.A.T. – PARTE 4 FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Solicitante: Llene esta parte y entregue el formulario a su médico, audiólogo, terapeuta de rehabilitación o fonoiatra.

Nombre del solicitante

Fecha de nacimiento: m m / d d / a a a a

Dirección

Apto.

Ciudad

Estado

Código postal

Número de Seguridad Social

Número de teléfono

Autorizo a TAM/MAT al acceso y uso de la información contenida en este Formulario de Certificación de Discapacidad.

Nombre del solicitante

Fecha

SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Nota al proveedor de atención médica: Este formulario debe llenarse por un médico, audiólogo, terapeuta en rehabilitación o fonoiatra practicante licenciado en Maryland que actúe dentro del campo de su licencia o por un representante autorizado de una agencia del Estado o instituto educativo aprobado por Telecommunications Access of Maryland.

Certifico que la persona arriba mencionada sufre del impedimento o los impedimentos que se marcan debajo y está limitado en su capacidad de usar un teléfono común.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en imprenta: _____

Marque uno: ☐ Médico ☐ Audiólogo ☐ Terapeuta en Rehabilitación ☐ Fonoiatra
☐ Otro profesional de atención médica (especificar) _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: _____

No. de Lic./Cert. del Estado de Maryland _____

DISCAPACIDAD (marque todo lo que corresponda)

☐ **Sordera total o parcial** – pérdida auditiva grave o profunda; no puede beneficiarse de la amplificación telefónica

☐ **Dificultades auditivas** – necesita amplificación para poder usar eficazmente un teléfono. La pérdida auditiva es:
☐ leve ☐ moderada ☐ grave

☐ **Deficiencia visual / Ceguera** – Vista con corrección de 20/200 o menos en el ojo con mejor visión o campo visual de 10 grados o menos

☐ **Sordera - Ceguera** – Pérdida auditiva grave o profunda y vista con corrección de 20/200 o menos en el ojo de mejor vista o campo visual de 10 grados o menos

☐ **Discapacidad del habla** – No puede hablar de manera comprensible o requiere amplificación para ser escuchado por teléfono

☐ **Discapacidad motriz** – ☐ **Cuerpo superior** ☐ **Cuerpo medio** ☐ **Ambos** – Discapacidad para agarrar, levantar, sostener o discar el teléfono o discapacidad para atender el teléfono cuando suena

☐ **Discapacidad cognitiva** – Discapacidad para discar una serie de números, acceder (o recordar) a una lista de números de teléfono o utilizar el teléfono para obtener servicios de emergencia.

Nota al proveedor de atención médica: Este formulario puede enviarse por fax al: 410-767-4276.
○ DÓBLELO y ENVÍELO por correo a la dirección que se indica al dorso.
¿Preguntas? Llame a Atención al Cliente al 800-552-7724 (V/TTY)