



Illinois Telecommunications Access Corporation

833-858-8098 V/TTY

www.itactty.org

SOLICITUD DE CLIENTE NUEVO

(Clientes que renuevan, **llamar a ITAC**)

Un programa GRATUITO EXIGIDO por las leyes de Illinois
REQUISITOS BÁSICOS:

- Residente de Illinois
- Servicio telefónico activo
- Solicitud firmada por un médico/profesional (página 2)

Usted tiene que hacer estas cuatro cosas:

1. Llenar la solicitud:

El cliente llena la página 1.

Pídale a su doctor/profesional que llene y firme la página 2

2. Una copia de su(s) recibo(s) telefónico(s) reciente(s):

Traiga ambos, el de su línea fija **y** el de su celular, si usted está solicitando los dos tipos de equipos. (Las páginas donde aparece su nombre, dirección, número telefónico, todos los impuestos y otras cuotas)

Los solicitantes con celulares prepagados deben traer consigo el teléfono cuando prueben el equipo.

3. Comprobante de residencia:

Copia de su licencia de manejo, ID estatal, o una pieza de correspondencia con su nombre y la misma dirección que la solicitud.

4. Mande esta solicitud llena, en original, a:

ITAC
3001 Montvale Drive, Ste A
Springfield, IL 62704

***NOTA: incluya Formato de Preselección si usted ya probó los teléfonos.**

Nombre completo (Sr., Sra., Srita.) (Letra de molde, por favor)		Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Los últimos 4 dígitos de su número de seguridad social (obligatorio) X X X - X X -	Lada y número de teléfono de la línea fija	Lada y número de teléfono del celular
Calle	Depto. #	Ciudad, Estado, Código Postal
Correo electrónico del solicitante o persona de contacto	Nombre de la compañía telefónica de la línea fija	Nombre de la compañía del celular

<p>Discapacidad:</p> <input type="checkbox"/> Sordo/a de nacimiento <input type="checkbox"/> Con dificultades de audición <input type="checkbox"/> Se quedó sordo/a <input type="checkbox"/> Con discapacidad del habla <input type="checkbox"/> Sordociego/a	<p>Equipo que solicita:</p> <input type="checkbox"/> Amplificador para teléfono celular <input type="checkbox"/> Teléfono amplificado <input type="checkbox"/> Teléfono con subtítulo <input type="checkbox"/> TTY (teléfono de texto)	<p>Método de comunicación:</p> <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Lectura de labios <input type="checkbox"/> Español disponible en algunas sedes <input type="checkbox"/> Habilidades de habla normales
--	--	--

- Usted probará los equipos para determinar cuál de ellos satisface mejor sus necesidades.
- ¿Ya probó los teléfonos? _____ ¿Dónde? _____
- ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene actualmente algún teléfono de ITAC? _____

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FECHA _____

Si es menor de 18, se requiere firma de la madre o el padre

Toda la información proporcionada es ESTRÍCTAMENTE CONFIDENCIAL

VOUCHER ENVIADO _____

Página 1

Pídale a su doctor/profesional que llene y firme este lado

El solicitante debe ser sordo, con problemas de audición, con discapacidad del habla o sordociego a tal grado que no pueda usar un teléfono estándar.

Las personas que pueden firmar la solicitud son:

- Su doctor(a)/enfermera/o practicante
- Audiólogo/a
- Proveedor(a) autorizado/a de aparatos auditivos
- Consejero/a del DHS para los sordos
- Patólogo/a del habla-lenguaje

Discapacidad que se está certificando:

- Sordo/a de nacimiento
- Con dificultad auditiva
- Se quedó sordo/a
- Con discapacidad del habla
- Sordociego/a*

¿El/la solicitante lee Braille?

- Sí No ¿A qué nivel? _____

El estado de la discapacidad es:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Temporal | *La discapacidad debe ser permanente, aunque puede ser intermitente. |
| <input type="checkbox"/> Intermitente | |
| <input type="checkbox"/> Permanente | |

La elección del equipo no es obligatoria. La elección final se determinará cuando el cliente pruebe el equipo.

El objetivo de este programa es empatar al cliente con el equipo que mejor funcione para él/ella.

Equipo que se está solicitando:

Un teléfono amplificador por línea telefónica.

Amplificador para celular

- Para las personas con dificultades auditivas que tienen servicio de telefonía celular.

Teléfono amplificado

- Una variedad de teléfonos amplificados para satisfacer los diferentes niveles de pérdida de la audición.

Teléfono con subtítulo

- Para personas sordas o que se quedaron sordas y que DEBEN tener excelentes habilidades del habla. Las llamadas se hacen usando un servicio de subtítulo consecutivo.

TTY

Para personas sordas y/o con discapacidad del habla. Las llamadas pueden hacerse de TTY a TTY o mediante el uso de un servicio de repetición consecutiva.

Equipo para sordociegos

*El evaluador se reunirá con el cliente para determinar la elegibilidad y las necesidades.

Nombre del médico/profesional	
Título	Número de licencia estatal
Dirección	
Ciudad, Estado, Código Postal	Lada y número de teléfono
Nombre de la persona solicitante	Últimos 4 dígitos del número de seguridad social de la persona solicitante

Confirmando que la persona mencionada en esta solicitud cumple con los requisitos de certificación de ser sordo/a, tener dificultades auditivas, tener discapacidad del habla o ser sordociego/a como se declara antes, a tal grado que no puede usar un teléfono estándar.

Firma: _____

Fecha _____