

Fuente de Ingreso (Salario, Seguro Social, Pensiones, etc.)	Nombre de la Persona (solicitante o familiar) que recibe el Ingreso	Ingreso Anual

Personas en la Composición Familiar (incluya dependientes): \_\_\_\_\_ Total de Ingreso Anual: \_\_\_\_\_

También puede ser elegible si participa en uno o más de los siguientes programas (marcar los que apliquen):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Médica (Medicaid) del Departamento de Salud. Requiere certificación MA-10.                                     | <input type="checkbox"/> Programa Federal Sección 8 del Departamento de la Vivienda. (proveer certificación).   |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional (PAN) del Departamento de la Familia. Se requiere certificación ADSEF-109.                         | <input type="checkbox"/> Programa Temporary Assistance to Needy Families (TANF) (proveer certificación)         |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos del Departamento de la Familia. Se requiere certificación ADSEF-109. | <input type="checkbox"/> Programa de Comedores Escolares del Departamento de Educación (proveer certificación). |

Al firmar esta solicitud, certifico que entiendo que la compañía Sprint Nextel, Converse Communications, y la Junta Reglamentadora de Telecomunicaciones de Puerto Rico no son responsables por el uso, daño, pérdida, negligencia o el robo del Equipo. Certifico que la información provista en esta solicitud es correcta y entiendo que si obtengo elegibilidad para subsidio de equipo mediante información falsa o incorrecta, la misma puede ser revocada. Me comprometo a notificar a Sprint dentro de cinco (5) días laborables si dejo de participar en alguno o todos los programas antes identificados o si los ingresos o composición familiar cambian. Entiendo que al desconectar el Servicio de teléfono, el equipo rentado debe ser devuelto dentro de siete (7) días a partir de la fecha de desconexión del servicio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Padre o tutor legal (si el solicitante es Menor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha



Revisión 11/05/2010



Puerto Rico



**Servicio de Relevo de  
Telecomunicaciones de  
Puerto Rico**

**Programa de  
Distribución de  
Equipo**

Solicitud para Equipo con Subsidio del Fondo de Servicio Universal

# Equipo de Telecomunicaciones para personas sorda/sordo parcial (TTY)



**• Ultratec Miniprint 425**  
Un teléfono de texto que permite a la persona sorda, sordo parcial y aquella persona con problema del habla usar este teléfono escribiendo y leyendo mensajes. El TTY

requiere que en la parte posterior se conecte a la línea de teléfono. El Miniprint 425 tiene una conexión directa con dos jacks de teléfono y mensaje contestado automático que imprime los mensajes para que usted los lea. Tiene una lucecita insertada para notificar cuando el teléfono está sonando.



**• Dialogue VCO Phone**  
El Diálogo VCO es un teléfono con un potente amplificador y es compatible para audífonos, de la compañía Ameriphone que le permite hacer una llamada

VCO a través de servicio de relevo local. Este equipo permite al individuo que no puede oír y desea usar su voz para comunicarse directamente con la otra persona. El mensaje de la otra persona es visto en la pantalla del teléfono. Simplemente habla con el manófono, y luego lee las respuestas en la pantalla.



**• Ultratec Uniphone 1140**  
Hearing Carry Over (HCO) es un teléfono que combina voz y comunicación en texto por encima de la línea de

teléfono. El teléfono HCO permite al individuo que no puede hablar bien escribir su mensaje y escuchar a la persona hablar. La otra persona debe tener un equipo que le permita recibir mensajes o debe usar el Servicio de Relevo de Puerto Rico. Si el usuario de VCO desea comunicarse con sordos lo hace escribiendo mensajes en el teclado.



**• CrystalTone**  
El CrystalTone no sólo aumenta el volumen hasta 35 dB (uno de los amplificadores más potentes disponibles) lo que realmente mejora la calidad de sonido para la

recepción de aguas cristalinas.

Otros teléfonos amplificadores mejoran la calidad de sonido en una sola de dos maneras: o bien mediante la amplificación de los sonidos de alta frecuencia única o mediante la amplificación de alto o los sonidos de baja frecuencia. El CrystalTone es el único teléfono amplificado disponibles que le da dos opciones en un solo teléfono.



**• Ring Signaler**  
Estos señaladores se conectan directamente a la línea telefónica y le avisan cuando reciba una llamada. Dos estilos a escoger: montaje en pared o escritorio. Ambos modelos se pueden conectar un flash en la lámpara

para que le avise.

**rara más información puede comunicarse con un representante de Sprint:**

## Español

1-800-676-4290  
TTY 1-866-280-2050  
Voz 1-866-280-2051  
VCO 1-866-280-2656  
STS 1-866-280-2052

## Inglés

1-866-250-2053  
TTY 1-866-280-2054  
STS 1-866-250-2055  
VCO 1-866-280-2657

Video tel. 1-877-711-7712  
Elizabeth Rios: elizabeth.a.rios@sprint.com

*El programa de distribución de equipo está disponible para residentes de Puerto Rico que sean parcial o completamente sordos y/o tengan dificultad del habla y cumplan con los requisitos de elegibilidad del programa. Participar en el programa es libre de costo y el mismo brinda un (1) equipo por hogar. Se requiere tener línea telefónica.*



## Servicio de Relevo de Telecomunicaciones de Puerto Rico

### Programa de Distribución de Equipo Solicitud para Renta de Equipo con Subsidio del Fondo de Servicio Universal

Complete la solicitud. Si tiene preguntas, puede contactar a Elizabeth A. Rios (*Program Relay Manager*) por correo electrónico a la siguiente dirección: [elizabeth.a.rios@sprint.com](mailto:elizabeth.a.rios@sprint.com); o por TTY al 787-775-6775. Puede enviar la solicitud completada vía fax al 787-775-5850, por correo electrónico o por servicio postal a la siguiente dirección:

**Sprint Puerto Rico Relay**  
304 Ave. Ponce de León, Suite 8, San Juan, PR 00918

#### Información del Solicitante (*solicitud debe de estar a nombre del solicitante o tutor legal del usuario*):

Nombre y Apellidos		Número de Seguro Social	
Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono Residencial	Número de Teléfono Adicional	Correo Electrónico (E-mail)
Dirección Postal:		Dirección Física ( <i>llenar si es diferente a dirección postal</i> )	
_____		_____	
_____		_____	

#### Condición(es) del usuario:

Sordo     Sordo Parcial     Problema del Habla

Si el equipo solicitado es para uso de un dependiente o menor de edad, complete la siguiente información:

Nombre del dependiente o menor de edad		Número de Seguro Social	
Fecha de Nacimiento	Número de Teléfono (si es diferente)	Correo Electrónico (si es diferente)	

#### Información del Equipo Solicitado:

Para ser elegible a recibir equipo a través de este programa, debe incluir con esta solicitud copia de evidencia de su impedimento mediante certificación de su médico, audiólogo(a) o patólogo(a) del habla y lenguaje. El programa de Distribución de Equipo se limita a proveer una (1) unidad por solicitante, por composición familiar.

#### Equipo que necesita (*marque uno*):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TTY – Ultratec Miniprint 425  | <input type="checkbox"/> CrystalTone                      |
| <input type="checkbox"/> VCO – Ameriphone Dialogue VCO | <input type="checkbox"/> Simplicity Ring Signaler Model L |
| <input type="checkbox"/> HCO – Ultratec Uniphone 1140  |   |

#### Información sobre Ingresos:

Para ser elegible a recibir subsidio sobre la renta del equipo, sus ingresos deben de estar bajo los niveles establecidos en la Guías Federales de Pobreza vigentes al momento de someter esta solicitud. Se requiere presentar evidencia para todos los ingresos y evidencia de su composición familiar (*planilla de contribución sobre ingresos, talonario(s) de pago de nómina, evidencia de ingresos de Seguro Social, veteranos, entre otros*).