

# iCanConnect

## The National Deaf-Blind Equipment Distribution Program

### **Sección de la solicitud 1 de 3: Instrucciones y directrices**

#### **Descripción general**

El Programa Nacional de Distribución de Equipos para Sordo-Ciegos (NDBEDP) apoya programas locales que distribuyen equipos a personas de bajos ingresos que son sordo-ciegas (tienen pérdida combinada de audición y visión) para permitir el acceso a servicios telefónicos, de comunicaciones avanzadas e información. Este apoyo fue ordenado por la Ley de Accesibilidad de Comunicaciones y Video del Siglo XXI de 2010 (CVAA) y es proporcionado por la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). Para obtener más información sobre el NDBEDP, visite <http://icanconnect.org> o <http://www.fcc.gov/ndbedp>.

#### **¿Quién tiene derecho a recibir equipos?**

De acuerdo con la CVAA, solamente las personas de bajos ingresos que son sordo-ciegas son elegibles para recibir equipos proporcionados a través del NDBEDP. Los solicitantes deben proporcionar una verificación de su condición de personas de bajos ingresos y sordo-ciegas.

#### **Elegibilidad según los 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 siguiente tabla:

Pautas federales de pobreza 2024			
Cantidad de integrantes de la familia/hogar	400% para todas partes, excepto Alaska y Hawái	400% para Alaska	400% para Hawái
1	\$60,240	\$75,240	\$69,240
2	\$81,760	\$102,160	\$94,000
3	\$103,280	\$129,080	\$118,760
4	\$124,800	\$156,000	\$143,520
5	\$146,320	\$182,920	\$168,280
6	\$167,840	\$209,840	\$193,040
7	\$189,360	\$236,760	\$217,800
8	\$210,880	\$263,680	\$242,560

For each additional person, add	\$21,520	\$26,920	\$24,760
Fuente: <a href="#">Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos</a>			

Para determinar la elegibilidad según los ingresos para el NDBEDP, la FCC define "ingreso" y "hogar" de la siguiente manera:

Los "ingresos" son todos los ingresos que realmente reciben todos los miembros de un hogar. Esto incluye el salario antes de las deducciones de impuestos, las prestaciones de asistencia pública, los pagos de la seguridad social, las pensiones, la compensación por desempleo, las prestaciones a veteranos, las herencias, la pensión alimenticia, los pagos de manutención de niños, las prestaciones de compensación a trabajadores, los regalos, las ganancias de la lotería e importes similares. Las únicas excepciones son la ayuda financiera para estudiantes, las ayudas para vivienda militar y por el costo de vida, los ingresos irregulares de pequeños trabajos ocasionales, como niñera o corte de césped, y otros ingresos similares.

Un "hogar" es cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección que 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 ningún ingreso o tiene un ingreso mínimo, y vive con alguien que le proporciona apoyo financiero, ambas personas se considerarán parte del mismo hogar. Los niños menores de 18 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 se debe proporcionar con esta solicitud: 1) comprobante de su participación actual en un programa federal de bajos ingresos cuyo límite de ingresos sea inferior al 400% de las Pautas Federales de Pobreza, o 2) comprobante de los ingresos del hogar.

### **Elegibilidad según la discapacidad**

Para este programa, la CVAA requiere que el término "sordo-ciego" tenga el mismo significado que le da la Ley del Centro Nacional Helen Keller. En general, el individuo debe tener una cierta pérdida de visión y una pérdida de audición que, combinadas, causan una extrema dificultad para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener una vocación (empleo).

Específicamente, la regla 64.6203(c) del NDBEDP de la FCC establece que un individuo que es "sordo-ciego" es:

- (1) Cualquier individuo:

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

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 que tenga un pronóstico que lleve a esta condición; y

iii) Para quien la combinación de impedimentos descritos en i) y ii) de esta sección causan dificultades extremas para lograr la independencia en las actividades de la vida cotidiana, 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, incluyendo los servicios de intercambio y los servicios avanzados de telecomunicaciones e información en varios ambientes, se considerarán cuando se determine si el individuo es sordo-ciego según los puntos ii) y iii) de la presente 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 de 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 lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener objetivos vocacionales.

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

Un profesional en ejercicio que tiene 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 de HKNC
- Profesional médico/sanitario
- Escuela para sordos o ciegos
- Especialista en sordera-ceguera
- Patólogo del habla
- Programa estatal de equipamiento y tecnología de asistencia
- Profesional de la visión
- Consejero de rehabilitación vocacional

Estos profesionales también pueden incluir en el certificado información sobre la capacidad funcional de la persona para utilizar las telecomunicaciones, el acceso a Internet y los servicios de comunicaciones avanzados en diversos entornos.

Consulte la Sección 3 para ver información sobre la certificación de la discapacidad que debe proporcionarse con esta solicitud.

## **Política de confidencialidad**

iCanConnect se compromete a garantizar la protección de 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 dé su permiso, o si el programa iCanConnect está obligado por ley a hacerlo. iCanConnect se compromete a garantizar que la información personal se mantenga segura. A fin de impedir el acceso o la divulgación no autorizados, se han establecido procedimientos físicos, electrónicos y de gestión adecuados para salvaguardar y asegurar la información que iCanConnect recoge.

# iCanConnect

The National Deaf-Blind Equipment Distribution Program

## Sección de la solicitud 2 de 3: Datos personales del solicitante

(Rellene todos los campos)

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

*(Si es menor de 18 años, su padre o tutor legal debe firmar la solicitud).*

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Voz \_\_\_\_ TTY \_\_\_\_  
VP \_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado en el que reside de manera permanente  
\_\_\_\_\_

¿Ha participado antes en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipos para Sordo-Ciegos)? *(marque Sí o No)* Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso afirmativo, ¿en qué estado/estados participó en iCanConnect? *(enumere todos):*  
\_\_\_\_\_

¿Recibió anteriormente equipos a través de iCanConnect en otro estado?  
*(marque Sí o No)* Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si es así, ¿en qué estado/estados recibió equipos a través de iCanConnect?  
*(enumere todos):*  
\_\_\_\_\_

---

—

**¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_**

**Preferencia de lenguaje** (*marque todas las opciones que correspondan*):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ASL                    | <input type="checkbox"/> ASL/PSE de visión cercana      |
| <input type="checkbox"/> ASL/PSE táctil         | <input type="checkbox"/> Inglés (hablado)               |
| <input type="checkbox"/> Ningún lenguaje formal | <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas pidgin (PSE) |
| <input type="checkbox"/> Signed English (SE)    | <input type="checkbox"/> Español (hablado)              |
| <input type="checkbox"/> Otro _____             |   |

**¿Qué formato prefiere para la correspondencia escrita?**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Braille      | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Letra grande | <input type="checkbox"/> Letra estándar     |
| <input type="checkbox"/> Otro _____   |   |

**Prefiero que me contacten por:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico | <input type="checkbox"/> Fax                                    |
| <input type="checkbox"/> Mensaje de texto   | <input type="checkbox"/> TTY (marque 711 para la retransmisión) |
| <input type="checkbox"/> Videollamada       | <input type="checkbox"/> Teléfono (voz)                         |

**Contacto alternativo** (*en caso de emergencia*): \_\_\_\_\_

**Relación con el solicitante:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono principal:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Comentarios/Sugerencias** (*opcional*): \_\_\_\_\_

**¿Cómo se enteró de este programa?**

- Sitio web de iCanConnect.org
- Conferencia o seminario
- Grupo de defensa de la discapacidad
- Especialista en servicios para sordo-ciegos
- Proveedor de educación /Escuela
- Miembros de la familia

\_\_\_\_ Amigos  
\_\_\_\_ Proveedor de atención médica  
\_\_\_\_ Intérprete  
\_\_\_\_ Centro de Ancianos  
\_\_\_\_ Centro Nacional Helen Keller (HKNC) representante

\_\_\_\_ Proveedor de tecnología  
\_\_\_\_ Centro de Vida Independiente  
\_\_\_\_ Noticias / Medios de comunicación (televisión, revista, radio)  
\_\_\_\_ Redes sociales (Facebook, Twitter)  
\_\_\_\_ Proyecto Estatal de Sordo-Ciegos  
\_\_\_\_ Consejero de rehabilitación vocacional  
\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

## **Elegibilidad según los ingresos**

Para confirmar su elegibilidad según los ingresos, envíe por correo o fax la documentación que demuestre una de lo siguiente:

1. Actualmente está inscrito en un programa federal con un requisito de elegibilidad según ingresos que no excede el 400% de los Lineamientos Federales de Pobreza, como, por ejemplo:
  - a. Medicaid
  - b. Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
  - c. Asistencia federal para la vivienda pública o Sección 8
  - d. Cupones de alimentos o Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)
  - e. Prestación de pensión para veteranos y supervivientes; O
2. Comprobante de todos los ingresos del hogar (como se describe en la Sección 1)

Envíe por correo o por fax una copia de los formularios de impuestos 1040 del IRS del año pasado presentados por usted y los miembros de su familia/hogar, o envíe otras comprobantes de los ingresos totales de su familia/hogar, como la(s) declaración(es) reciente(s) de beneficios de jubilación de la Administración del Seguro Social u otra(s) declaración(es) de beneficios de pensión.

## **Certificado del solicitante (se requiere la firma)**

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 la información sobre mí se comparta con los actuales y sucesivos gerentes y representantes del programa de mi estado para la administración del programa y la entrega de equipos y servicios a mi favor. También permito que la información sobre mí se comuniquen a la Comisión Federal de Comunicaciones para la administración, operación y supervisión del programa. 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.

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 cumpla con estos u otros requisitos o condiciones del programa, los oficiales del programa pueden poner fin a los servicios que se me prestan inmediatamente. Además, si violo estos u otros requisitos o condiciones del programa a propósito, los funcionarios del programa pueden tomar medidas legales contra mí.

Certifico que he leído, entendido y aceptado estas condiciones para participar en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipos para Sordo-Ciegos).

**Escriba en letra de molde el nombre del solicitante o de sus padres o tutores (si el solicitante es menor de 18 años):**

---

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si esta solicitud es completada por otra persona que no sea el solicitante, diga su nombre:



---

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



**The National Deaf-Blind Equipment Distribution Program**

### **Sección de la solicitud 3 de 3: Verificación de la discapacidad**

Esta sección de verificación de la discapacidad debe ser completada por un profesional en ejercicio que tenga conocimiento directo de la pérdida de visión y audición del solicitante.

Rellene los siguientes campos, y firme y complete la fecha al final.

#### ***Nombre y dirección del individuo sordo-ciego:***

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_

**Ciudad/Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

#### ***Información de los testigos:***

**Nombre del testigo:** \_\_\_\_\_ **Título:** \_\_\_\_\_

**Agencia/Empleador:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal:** \_\_\_\_\_ **Ciudad/Estado/Código postal:** \_\_\_\_\_

Para este programa, la CVAA requiere que el término "sordo-ciego" tenga el mismo significado que le da la Ley del Centro Nacional Helen Keller. En general, el individuo debe tener una cierta pérdida de visión y una pérdida de audición que, combinadas, causan una extrema dificultad para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, para lograr una adaptación psicosocial o para obtener una vocación (empleo).

Específicamente, la regla 64.6203(c) del NDBEDP de la FCC establece que un individuo que es "sordo-ciego" es

(1) Cualquier individuo:

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

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 que tenga un pronóstico que lleve a esta condición; y

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

(2) Las capacidades funcionales de un solicitante con respecto al servicio de telecomunicaciones, el servicio de acceso a Internet y los servicios avanzados de comunicaciones, incluyendo los servicios de intercambio y los servicios avanzados de telecomunicaciones e información en varios ambientes, se considerarán cuando se determine si el individuo es sordo-ciego según los puntos ii) y iii) de la presente 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 de 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 lograr 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, este individuo es sordo-ciego según lo define la FCC anteriormente** (y como se ha mencionado anteriormente en la Sección 1).

**Mi testimonio se basa en lo siguiente:**

***(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 figuran directamente arriba):***

**Pérdida de visión:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pérdida de audición:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Describa cómo la combinación de pérdida auditiva y visual afecta a esta persona en la vida diaria** (Por favor, consulte la definición de sordociego en esta sección de la solicitud):

---

---

**Firma del testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

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

Association for Blind and Visually Impaired SC  
1180 Columbia Avenue, Suite 102  
Irmo, South Carolina 29063  
E-mail: [iCanConnect@ABVISC.org](mailto:iCanConnect@ABVISC.org)  
• phone/text: (803) 258-5575 • Fax: (803) 335-5153

Si se presentan documentos escaneados, use el formato PDF.  
(Este documento está disponible a petición en copia impresa, braille y texto electrónico).

#### **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 Sordo-Ciegos (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 atestiguan la discapacidad de los solicitantes del NDBEDP. Esta información es necesaria para determinar si un solicitante es elegible para participar en el NDBEDP. Además, la información personal es proporcionada de manera voluntaria por las 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, 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 recogida 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 Sordo-Ciegos (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).