

# Solicitud para el Programa de Distribución de Equipo

Complete la solicitud, llenando los blancos con la información que aplique.

Si tiene preguntas, puede contactar a Missy McManus (Gerente de cuentas) por correo electrónico a la siguiente dirección: **melissa.mcmanus@sprint.com**

o por servicio postal a la siguiente dirección: **Sprint Relay  
Attn: Missy Whatmough McManus  
411 Huger Street, Columbia, South Carolina 29201**



## Información del Solicitante

(solicitud debe de estar a nombre del solicitante o tutor legal del usuario)

Nombre y Apellidos

Últimos 4 dígitos del Seguro Social      Fecha de Nacimiento

Número de Teléfono Residencial      Número de Teléfono Celular

Correo Electrónico (E-mail)

Dirección Postal:

Dirección Física:  
llenar si es diferente a dirección postal

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

Últimos 4 dígitos del 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 prestado a través de este programa, debe incluir con esta solicitud copia de evidencia de su condición 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.

Para ser elegible a recibir equipo, es requisito:

1. Ser residente de Puerto Rico.
2. Ser sordo, sordo parcial y/o tener dificultad del habla certificado por un médico, audiólogo o patólogo del habla y lenguaje.
3. Tener línea de teléfono en su residencia.

Se recomienda recibir el equipo adecuado conforme a su condición audiológica o dificultad del habla. Si conoce el equipo particular que necesita conforme a su condición, puede marcar uno o dejar en blanco si no esta seguro(a):

**TTY**  
Ultratec Miniprint 425



**STS**  
Ultratec CrystalTone



**VCO**  
Ameriphone Dialogue VCO



**HCO**  
Ultratec Uniphone 1140



**OTHER**  
Simplicity Ring Signaler Model L



## Información sobre Ingresos

Para ser elegible a recibir 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*).

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

Personas en la Composición Familiar:   
(incluyendo al solicitante)

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

## Firma Acuerdo

Al firmar esta solicitud, certifico que entiendo que la compañía Sprint, 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 de forma permanente, el equipo provisto debe ser devuelto dentro de siete (7) días a partir de la fecha de desconexión.

Firma del Solicitante

Fecha