

¿Le es dificil usar un teléfono debido a una pérdida auditiva, o una discapacidad del habla o física?

El Programa de Distribución de Equipos Telefónicos (Telephone Equipmente Distribution TED) del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota facilita dispositivos telefónicos GRATIS a los residentes de Minnesota que califican para ello.

¿Qué es el programa TED?

El programa TED es un servicio que se presta en todo el estado y facilita dispositivos telefónicos a residentes de Minnesota que padecen de pérdida auditiva, discapacidad del habla o una discapacidad física que limita el uso de un teléfono común.

Usted puede utilizar estos dispositivos gratuitamente siempre que califique para el programa. Estos dispositivos son financiados mediante un sobrecargo a las líneas telefónicas en Minnesota.

El Programa de Distribución de Equipos Telefónicos (TED) es financiado mediante el Programa de Acceso a Comunicaciones de Minnesota (Telecomunications Access Minnesota TAM) del Departamento de Comercio y administrado por el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.









¿Qué dispositivos se entregan?*	¿Qué utilidad tiene este dispositivo?
Teléfonos amplificados	Opciones de control de volumen y ajuste de tono que pueden ayudarle a escuchar y entender lo que dice la otra persona que habla.
Transmisor por Bluetooth	Un transmisor por Bluetooth puede conectarse directamente a su audífono o implante coclear para eliminar el ruido de fondo y ofrecerle un mejor control del volumen.
Teléfonos con subtítulos	Este teléfono le muestra en el texto de una pantalla lo que la otra persona dice.
Electrolaringe y amplificadores de la voz	Si usted tiene una discapacidad del habla, estos dispositivos pueden ayudarle a que otros lo entiendan por teléfono.
Aparatos con señal de llamada	Un timbre de alto volumen o luces intermitentes le dan la tranquilidad de saber que no perderá una llamada telefónica.
Teléfonos inteligentes y tablets	Con las aplicaciones de telecomunicación un teléfono inteligente o una tablet pueden mejorar su acceso a las llamadas telefónicas.
Altavoces inteligentes	Si usted tiene una discapacidad física, estos dispositivos utilizan tecnología Bluetooth que facilitan llamadas telefónicas con manos libres.

*El o los dispositivos que usted reciba dependerá(n) de sus necesidades.

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES
DEAF AND HARD OF HEARING SERVICES DIVISION



¿Cómo cumplo los requisitos?

Usted:

1. Vivir en Minnesota,
2. Tener servicio telefónico,
3. Tener una pérdida auditiva, o una discapacidad del habla o física que le impida usar un teléfono común,
4. Tener un ingreso total por grupo familiar inferior a la cantidad indicada a continuación para el tamaño de su familia:

Pautas de ingresos para el programa TED Del 1 de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024

Tamaño de la familia	Ingreso anual máximo
1	$65,335
2	$85,439
3	$105,542
4	$125,645

¿Qué sucede si mi ingreso es demasiado alto para cumplir los requisitos?

Si no está seguro de que califica, comuníquese con nosotros para obtener más información. El programa TED puede informarle sobre dónde comprar aparatos telefónicos.

¿Qué sucede si tengo otras preguntas?

¡Comuníquese con nosotros!

- Use su servicio preferido de retransmisión: 1-800-657-3663
- Correo electrónico: dhs.dhhsd@state.mn.us
- Sitio web: mn.gov/deaf-hard-of-hearing
- Videoteléfono: 651-964-1514
- Fax: 651-431-7587

¿Cómo solicito el beneficio?

Complete la solicitud adjunta e incluya:

1. Una copia de su licencia de conducir **O** tarjeta de identidad estatal
2. Una copia de su factura telefónica más reciente (una página) O un comprobante de que ha solicitado servicio telefónico
3. Formulario de "Certificación de Discapacidad" completado (en la solicitud) **O** una declaración de discapacidad por parte de un profesional calificado **O** una copia del recibo de un dispositivo auditivo o un audiograma (prueba de audición)
4. Una copia de la página 1 del Formulario Impositivo Federal 1040 que incluya su número de Seguro Social (no la declaración electrónica) **O** un estado reciente de cuenta bancaria que incluya depósitos directos.

¿Dónde envío mi solicitud?

Puede enviar su solicitud debidamente llenada, juntamente con los documentos que se requiere adjuntar, por correo postal, correo electrónico o fax.

Correo postal: MN TED Program, 444 Lafayette Rd. N., St. Paul, MN 55155-3814

Como adjunto a un correo electrónico: dhs.dhhsd@state.mn.us

Fax: 651-431-7587

También hay formularios de solicitud en el sitio web de la División de Servicios para Personas Sordas y con Dificultades Auditivas (mn.gov/deaf-hard-of-hearing).

Borrar todo

DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES

DHS-4005-SPA 9-23

SERVICIOS PARA PERSONAS CON SORDERA Y DIFICULTADES AUDITIVAS

Solicitud para el Programa de Distribución de Equipos Telefónicos

Su solicitud se procesará más rápidamente si firma este formulario y envía los documentos requeridos.

Nombre e información de contacto del solicitante *(en letra de imprenta)*

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO

NRO. TELEFÓNICO PRINCIPAL	NRO. TELEFÓNICO SECUNDARIO
◯ Casa ◯ Celular	◯ Casa ◯ Celular

CORREO ELECTRÓNICO	SEXO

RAZA (opcional)

☐ Indio americano/Indígena de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano

☐ Indígena de las Islas del Pacífico/Indígena de Hawái ☐ Blanco ☐ Otra: _____

DIRECCIÓN DOMICILIARIA

DOMICILIO LÍNEA 2	CIUDAD	ESTADO	CÓD. POSTAL	CONDADO

Para ayudarnos a mejorar los esfuerzos de extensión de nuestro programa TED, ¿cómo se enteró de este programa?

Nombre del cónyuge

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO

Contrato de préstamo: Telephone Equipment Distribution Program - TED (Programa de Distribución de Equipos Telefónicos)

Si recibe algún equipo del programa TED se aplicará este contrato de préstamo:

1. Comprendo que el equipo que recibo en préstamo no me pertenece a mí sino al Estado de Minnesota.
2. Si el equipo deja de funcionar correctamente, notificaré a la oficina de reparaciones del programa TED llamando al 1-888-345-1725.
3. Cuidaré bien del equipo para garantizar que no sea dañado, hurtado ni perdido. El daño puede ser a causa de incendio, humo de cigarrillo, derrame de líquido, etc. Si es dañado, hurtado o perdido, notificaré inmediatamente a la oficina de reparaciones del programa TED llamando al 1-888-345-1725.
4. Notificaré al programa TED si cambia mi domicilio o número telefónico.
5. Comprendo que, si ocurre cualquiera de las siguientes circunstancias, contactaré al programa TED:
   - Ya no vivo en Minnesota
   - Ya no tengo servicio telefónico
   - Ya no necesito el equipo
   - Ya no califico según mis ingresos

6. Comprendo que no puedo vender, regalar, empeñar ni prestar este equipo a ninguna otra persona. Si eso ocurriera, podría ser causa de la interrupción de servicios del programa TED.
7. Comprendo que este contrato es obligatorio con respecto a todo equipo adicional o de reemplazo que yo reciba del programa TED.
8. Comprendo que puedo recibir una encuesta sobre mi experiencia con el equipo telefónico.

Contrato y firma

Reconozco que la información contenida en esta solicitud y en los documentos adjuntos es verdadera y completa a mi leal saber y entender. He leído la Notificación de Prácticas de Privacidad y comprendo mis derechos y deberes. He leído y firmado el formulario titulado "Consentimiento para revelar información". Finalmente, si recibo algún equipo del programa TED, acepto los términos del contrato de préstamo.

☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre en el campo de "Firma electrónica", entiendo que estoy firmando electrónicamente este formulario. Personalmente doy fe y certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta. Entiendo que mi firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma manuscrita. (Ley Estatal de Minn., art. 325L.07)

FIRMA ELECTRÓNICA DEL SOLICITANTE (escribir el nombre)	FECHA

☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre en el campo de "Firma electrónica", entiendo que estoy firmando electrónicamente este formulario. Personalmente doy fe y certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta. Entiendo que mi firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma manuscrita. (Ley Estatal de Minn., art. 325L.07)

FIRMA ELECTRÓNICA DEL FAMILIAR ADICIONAL (CÓNYUGE), SI ES ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA TED (escribir el nombre)	FECHA

Certificación de discapacidad

Un profesional calificado en servicios de salud o humanos puede llenar este formulario. Algunos ejemplos de dichos profesionales son: médico, enfermero, audiólogo, proveedor de audífonos, terapeuta físico/ocupacional o trabajador social. Si no puede hacer esto, llame al 1-800-657-3663 (voz).

To the best of my knowledge, this applicant would benefit from accessible telephone equipment.

I certify that (print name) _____ is:

(check below all that apply)

Primary Disability

- ☐ Deaf
- ☐ Deafblind
- ☐ Hard of Hearing
- ☐ Physically Disabled
- ☐ Speech Disabled

Secondary Disability

- ☐ Deaf
- ☐ Deafblind
- ☐ Hard of Hearing
- ☐ Physically Disabled
- ☐ Speech Disabled
- ☐ Vision Loss

PROFESSIONAL'S NAME (PLEASE PRINT)	
TITLE	
LICENSE NUMBER	
PHONE NUMBER	
EMAIL ADDRESS	
☐ By checking this box and typing my name in the "Electronic Signature" field, I understand that I am electronically signing this form. I attest and certify that the information provided above is true and accurate. I understand that my electronic signature has the same legal effect and can be enforced in the same way as a handwritten signature. (MN Stat. §325L.07)	
PROFESSIONAL'S ELECTRONIC SIGNATURE (type name)	DATE
ADDITIONAL COMMENTS	

OFFICE USE	OUTREACH CODE	DATE RECEIVED	APPLICANT ID

Consentimiento para revelar información

Llenar, firmar y enviar

Propósito: Entiendo que, sin este consentimiento, el personal del Telephone Equipment Distribution Program (TED) no puede hablar con otros en mi nombre. La información privada puede ser mi nombre, domicilio, número telefónico, participación actual en el programa TED, estado actual de mi solicitud, problemas con mi equipo telefónico y todo lo demás que se necesite para resolver problemas con mi teléfono.

Yo, _____, autorizo al Programa TED a compartir una
(NOMBRE DEL CLIENTE)
mínima información privada con las siguientes personas que llamen en mi nombre con respecto a mi solicitud en el Programa TED o problemas con equipos.

A continuación, escriba nombres y números telefónicos específicos de personas con quienes el personal de TED puede hablar en su nombre. (Por ejemplo, su cónyuge, su hijo/hija adulto, trabajador social o alguien más.) ***Si deja esto en blanco, el personal de TED puede hablar solamente con usted.**

Nombre	Número de teléfono	Parentesco

Comprendo:

1. Por qué me piden entregar esta información.
2. Al firmar a continuación, autorizo al programa TED a referir mi nombre e información de contacto a otro programa de la División de Servicios para Personas Sordas y con Dificultades Auditivas a fin de coordinar los servicios.
3. Debo llenar este formulario para que el Programa TED comparta información mía.
4. Si no lleno este formulario, la información no será revelada a menos que la ley lo permita.
5. Si no lleno este formulario, posiblemente el personal de TED no podrá ayudarme o quizás yo tarde más en recibir ayuda.
6. Que puedo interrumpir esta autorización por escrito en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información que ya se haya revelado anteriormente.
7. Que la persona o agencia que obtiene mi información puede pasarla a otros y, entonces, ya no estará protegida por esta autorización.
8. Que mi autorización dura hasta que yo pierda mi elegibilidad para el programa TED o hasta que me retire del programa.
9. Que puedo retirar mi autorización si se lo digo al miembro del personal de TED que me asiste.
10. Que informaré a mis contactos que los he autorizado para hablar en mi nombre a fin de ayudarme a obtener los servicios.

☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre en el campo de "Firma electrónica", entiendo que estoy firmando electrónicamente este formulario. Personalmente doy fe y certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta. Entiendo que mi firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma manuscrita. (Ley Estatal de Minn., art. 325L.07)

FIRMA ELECTRÓNICA DEL SOLICITANTE (escribir el nombre)	FECHA

☐ Al marcar esta casilla y escribir mi nombre en el campo de "Firma electrónica", entiendo que estoy firmando electrónicamente este formulario. Personalmente doy fe y certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta. Entiendo que mi firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma manuscrita. (Ley Estatal de Minn., art. 325L.07)

FIRMA ELECTRÓNICA DEL TUTOR (escribir el nombre)	FECHA

Conserve para sus registros

Notificación de Prácticas de Privacidad y Advertencia de Tennessen

Fecha de vigencia: 1 de abril de 2018

EN ESTA NOTIFICACIÓN SE DESCRIBE CÓMO PUEDE USARSE Y REVELARSE LA INFORMACIÓN PRIVADA DE USTED, INCLUSO INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR EXAMÍNELA ATENTAMENTE.

Usted tiene derechos a su privacidad conforme a las leyes estatales y federales. Dichas leyes protegen su privacidad pero también nos permiten revelar información sobre usted a otros si lo exige una ley. Es posible que le informemos al respecto antes de revelar la información.

¿Por qué le pedimos esta información?

- Para decidir si usted tiene derecho a recibir un equipo telefónico
- Para realizar reportes, investigaciones y evaluaciones de nuestro programa
- Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o un nombre similar

Podemos usar y compartir su información médica:

- Para decidir si usted tiene derecho a recibir un equipo telefónico
- Para realizar reportes, investigaciones y evaluaciones de nuestro programa
- Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o un nombre similar
- Para ayudar a administrar el tratamiento médico que usted recibe cuando lo refieren al Programa de Salud Mental del DHHS
- Para hacer funcionar nuestra organización

No usaremos ni compartiremos su información de una manera distinta a las descritas aquí a menos que usted nos lo indique por escrito. Si nos dice que podemos hacerlo, después podrá cambiar su decisión en cualquier momento. Si cambia su decisión, infórmenos por escrito.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información?

Se nos permite y exige compartir su información de otras maneras. Antes de que podamos compartir su información para esos fines, tenemos que cumplir muchas condiciones de la ley. Estos son ejemplos de otras maneras en que podemos compartir información:

- Si lo exigen las leyes estatales y federales, podemos compartir información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este desea comprobar que cumplimos la ley federal de privacidad.
- Para propósitos policiales o con un funcionario policial.
- En respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación para comparecer en juicio.

¿Por qué le pedimos su información financiera?

Solamente usamos esta información para los fines autorizados por ley, a fin de verificar su elegibilidad para el programa TED. No compartiremos esta información con ninguna otra persona o entidad.

¿Tiene que contestar las preguntas que le hacemos?

Su participación en nuestro programa es totalmente voluntaria. Usted puede rehusar responder cualquier pregunta que le formulemos durante el proceso de solicitud. Sin embargo, para recibir el equipo telefónico, necesitamos que responda las preguntas.

¿Cuáles son nuestras responsabilidades?

- Debemos proteger la privacidad de su información personal, médica y otras clases de información privada conforme a los términos de esta notificación.
- Debemos cumplir con las condiciones de esta notificación y le entregaremos una copia de la misma, pero podemos cambiar nuestra política sobre la privacidad. Dichos cambios aplicarán a toda la información que tenemos de usted. La nueva notificación estará disponible a su pedido.

¿Con quién podríamos compartir la información sobre usted?

Compartiremos su información solo según se necesite y como lo permita o exija la ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias:

- Departamento de Servicios Humanos de Minnesota
- Departamento de Comercio de Minnesota
- Acceso a Telecomunicaciones en Minnesota (TAM) - Proveedor de Retransmisión de Minnesota
- Comisión de Servicios Públicos de Minnesota
- Su compañía telefónica
- Proveedores de equipos de quienes compra el estado
- Cualquier otro a quien la ley dice que debemos o podemos proporcionar la información.

Conserve para sus registros

Usted tiene derechos con respecto a su información.

- Puede preguntar si tenemos información sobre usted y obtener copias. Si usted no comprende la información, puede pedir que alguien se la explique.
- Puede autorizar a otras personas para ver y obtener copias de la información privada sobre usted, incluso de la información protegida.
- Si hemos recogido información protegida sobre usted, podemos usarla solamente con los propósitos indicados en esta notificación.
- Usted puede cuestionar la exactitud de cualquier información que tengamos de usted y puede pedirnos que corrijamos la información de usted que considera incorrecta o incompleta. Envíenos sus inquietudes por escrito. Díganos por qué la información es incorrecta o está incompleta. Podemos responder que "no" a su pedido, pero se lo diremos por escrito.
- Tiene derecho a pedirnos que compartamos con usted la información de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede pedirnos que enviemos la información privada a su domicilio laboral en lugar de su residencia. Usted debe solicitar eso por escrito. Si comprobamos que su solicitud es razonable, se la concederemos.
- Puede solicitarnos que limitemos los usos o la revelación de su información protegida. Debe enviarnos su solicitud por escrito. Usted puede solicitar que eliminemos dichas limitaciones en cualquier momento; para ello, llámenos o escríbanos. No estamos obligados a aceptar sus limitaciones.
- Tiene derecho a obtener un registro de las personas o las organizaciones con las que hemos compartido su información protegida. Si desea copia de dicho registro, debe enviarle una solicitud por escrito al funcionario de privacidad que figura más abajo.

¿Qué hacer si cree que se han violado sus derechos de privacidad?

Si se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja. No se le puede denegar el servicio ni tratarlo mal porque usted haya presentado una queja. Si usted cree se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja escrita:

- Directamente a esa organización, o bien
- A la Oficina Federal para Derechos Civiles (Federal Office for Civil Rights) en:
  Office for Civil Rights
  U.S. Department of Health and Human Services
  233 N. Michigan Ave., Suite 240
  Chicago, IL 60601
  Voz: 312-886-2359
  FAX: 312-886-1807
  TTY: 312-353-5693

Si cree que el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Minnesota ha violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. a la dirección anterior, o bien a:

(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
Minnesota Department of Human Services
Attn: Data Complaint
PO Box 64998
St. Paul, MN 55164-0998

¿A quién contactar si necesita más información sobre las prácticas de privacidad?

Si necesita más información sobre las prácticas de privacidad, llame al Programa TED al 1-800-657-3663 (voz o servicio preferido de retransmisión) o al 651-964-1514 (videoteléfono).



Para obtener esta información en formatos accesibles o asistencia con mayor acceso igualitario a servicios humanos, escriba a DHS.info@state.mn.us, llame al 800-657-3663 o use su servicio preferido de retransmisión. ADA1 (2-18)

Conserve para sus registros

Aviso de Derechos Civiles

La discriminación es contra la ley. El Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (DHS – Department of Human Services) no discrimina sobre la base de cualesquiera de las siguientes:

- raza
- color
- origen nacional
- credo
- religión
- orientación sexual
- condición de asistencia pública
- estado civil
- edad
- discapacidad
- sexo
- creencia política

Quejas de Derechos Civiles

Usted tiene el derecho de presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por una agencia de servicios humanos.

Comuníquese directamente con el **DHS** sólo si tiene una queja por **discriminación**:

(Coordinador de Derechos Civiles)
(Departamento de Servicios Humanos de Minnesota)
(División de Igualdad de Oportunidad y Acceso)
Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
651-431-3040 (voz) o use el servicio de retransmisión de su preferencia

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR - Minnesota Department of Human Rights)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el MDHR si considera que ha sido discriminado por cualesquiera de las siguientes:

- raza
- color
- origen nacional
- religión
- credo
- sexo
- orientación sexual
- estado civil
- condición de asistencia pública
- discapacidad

Comuníquese con el **MDHR** directamente para presentar una queja:

(Departamento de Derechos Humanos de Minnesota)
Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104
651-539-1100 (voz)
1-800-657-3704 (número gratuito)
711 o 1-800-627-3529 (MN Relay)
651-296-9042 (fax)
Info.MDHR@state.mn.us (correo electrónico)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos Oficina de Derechos Civiles (U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights - OCR)

Usted tiene el derecho de presentar una queja ante el OCR, una agencia federal, si cree que ha sido discriminado por cualesquiera de las siguientes:

- raza
- color
- origen nacional
- edad
- discapacidad
- sexo
- religión

Comuníquese con el **OCR** directamente para presentar una queja:

(Oficina para Derechos Civiles)
(Departamento de Servicios de Salud y Humanos de EE. UU.)
(Región Oeste Medio)
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601
Centro de Atención al Cliente:
Llame gratis: 1-800-368-1019
TDD gratis: 1-800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov