

APLICACIÓN

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido	Nombre	El número de teléfono	Teléfono marque el que aplica:	<input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Video Teléfono
Dirección		Dirección de email				
Ciudad y estado	El código postal	Estado marital- marque si es: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				
Edad marque el que le aplique: <input type="checkbox"/> (5-17) <input type="checkbox"/> (18-54) <input type="checkbox"/> (55+)		Numero de dependientes: _____				

B. LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizó a este contacto a proveer o recibir información a o de parte de GATEDP.

Nombre de contacto autorizado: _____	Numero del contacto: _____	Relación (que queda de usted este contacto): _____
Nombre de contacto autorizado: _____	Numero del contacto: _____	Relación (que queda de usted este contacto): _____

Quiero aprender más información sobre programas para los individuos de bajos ingresos. Yo autorizo a GCDHH examinar mi información anterior y avisarme de programas que yo sería eligible considerar.

Toda información que yo autorizo a ser provista o recibida al contacto antes mencionado será estrictamente confidencial.

X

C. CERTIFICADO DE NECESIDAD (SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL)

I am a/an: (Check all that apply)

- Audiologist Hearing Aid Specialist Disability Service Center Director Senior Center Director Nurse Practitioner Social Worker
 Doctor/Physician Physician's Assistant Vocational Rehabilitation Counselor Certified Therapist State Certified Teacher of the Deaf

Last Name	First Name	Email Address
Address		Telephone Number
City	State/Zip Code	Fax Number

Check the disability being verified:

- Deaf Late-Deafened Low Vision/Blind with Hearing Loss
 Deaf with Low Vision Deaf and Blind Hard of Hearing

I assert to my qualification that I am authorized to verify the individual mentioned above has a hearing loss that prevents or limits their ability to use a standard telephone.

X

Professional's Signature

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

(REQUISITOS A CONTINUACIÓN DEBERÁN SER COMPLETADOS PARA PODER SER ELEGIBLE A RECIBIR EQUIPO ESPECIALIZADO DE TELECOMUNICACIÓN GRATIS)

- APLICACIÓN Y CERTIFICADO DE NECESIDAD:** Partes A, B, y C de este formulario.
- EVIDENCIA DE INGRESOS:** Solicitante debe proveer prueba de ingreso que no excede un 200 por ciento del nivel de pobreza federal. Si es casado se requiere el ingreso de ambos. Fuentes de prueba de ingresos incluye pero no limitado a cualquier cheque del gobierno o carta, talonarios o la forma W2.
- PRUEBA DE SERVICIO DE INTERNET O CUENTA DE TELÉFONO:** Si desea el equipo **inalámbrico**, deberá presentar prueba de **teléfono celular** o de **servicio de Internet**. La cuenta del teléfono celular o Internet del solicitante más reciente sería suficiente.
Si el solicitante desea **el teléfono fijo**, deberá presentar prueba de **servicio telefónico en su residencia**. La cuenta de teléfono del solicitante más reciente sería suficiente.
- EVIDENCIA DE RESIDENCIA EN GEORGIA:** Solicitante debe ser residente de Georgia. Licencia de conducir o manejar, contrato de alquiler, cualquier carta gubernamental (carta del Seguro Social) o de cuentas de utilidades en el hogar (recibo de gas o luz) puede ser utilizado para determinar este requisito.

PUEDA ENTREGAR POR:

El correo: 2296 Henderson Mill Rd #115 Tucker, GA 30345

Fax: 404-297-9465

En línea: www.gcdhh.org/gatedp