

Enviar por correo a:  
Utah's Equipment Dist. Program  
C/O Public Service Commission  
Heber M. Wells Bldg. 4<sup>th</sup> Floor  
160 East 300 South  
Salt Lake City, UT 84111



Salt Lake Area: 801-715-3470  
Línea gratuita: 866-772-8824  
Fax: 801-530-6796  
Sitio web: [www.relayutah.gov](http://www.relayutah.gov)  
Correo electrónico: relay@utah.gov

**Por favor llene las páginas 1 y 2 y haga que la página 3 la complete un profesional médico.**

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)**

|   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| Nombre completo (Sr., Sra., Srta.) (Letra de molde) | Código de área y número de teléfono |
| Código de área y número de teléfono alternativos    | Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)   |
| Dirección (número de apartamento si aplica)         | Ciudad, estado, código postal       |
| Apartado postal (si es necesario)                   | Correo electrónico (opcional)       |

**UNA PERSONA DE CONTACTO QUE ESTARÁ PRESENTE DURANTE MI CITA Y/O QUE PUEDE SER CONTACTADA PARA PROGRAMAR UNA CITA:**

|                 |            |                                     |
|-----------------|------------|-------------------------------------|
| Nombre completo | Parentesco | Código de área y número de teléfono |
|-----------------|------------|-------------------------------------|

Marque el tipo de teléfono que le interesa: Tradicional con cable    Inalámbrico    Para colgar del cuello  
Accesorios celulares

Si mi ingreso mensual aumenta o si dejo de recibir ayuda financiera federal o del estado, INMEDIATAMENTE lo notificaré a la Comisión de Administración Pública (Public Service Commission PSC).

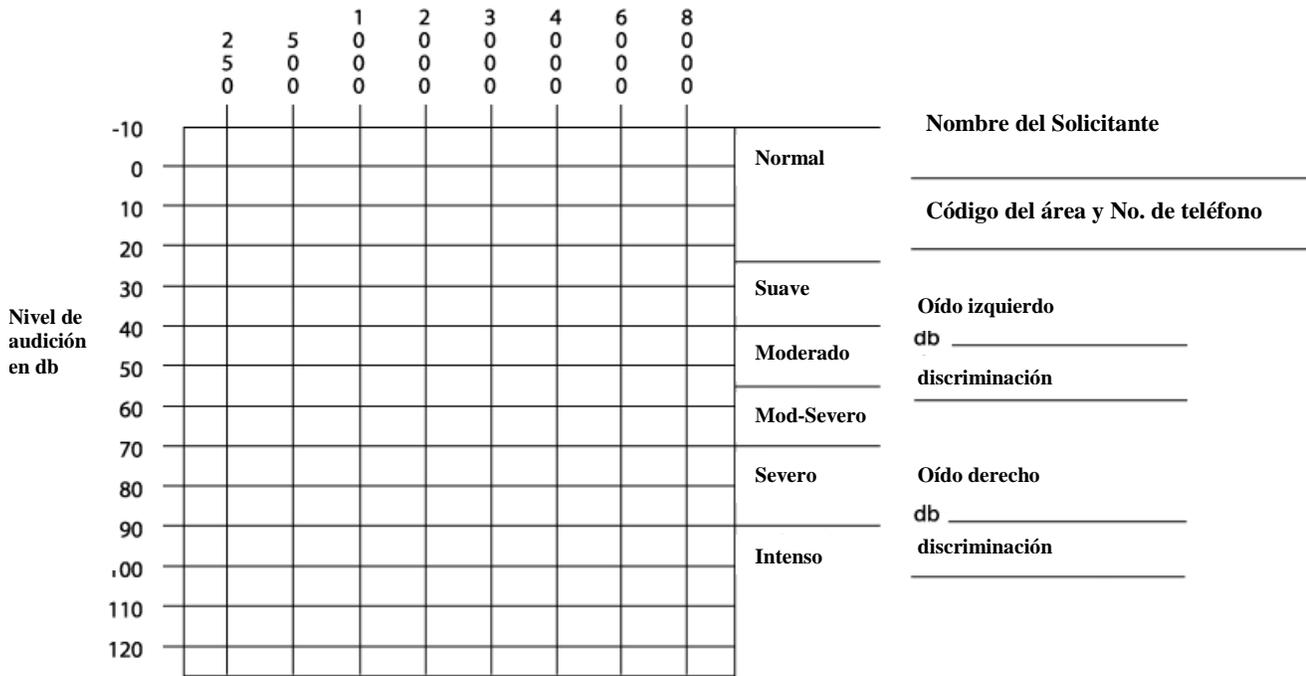
Devolveré el dispositivo a la Comisión de Administración Pública en el caso de que yo ya no resida en el estado de Utah. Mi familia devolverá el dispositivo si fallezco. Comprendo que si doy información falsa, INMEDIATAMENTE debo devolver el equipo a la PSC.

**Comprendo que es mi responsabilidad obtener el servicio telefónico y asumo la responsabilidad del pago de todas las tarifas o cargos por ese servicio.**

|  |                          |       |
|--|--------------------------|-------|
| <b>Firma del solicitante</b>                                 | Nombre en letra de molde | Fecha |
| Firma del padre/madre o tutor legal (si es menor de 18 años) | Nombre en letra de molde | Fecha |



# CERTIFICADO PROFESIONAL



**\*Nota para el certificador profesional: Por favor complete o adjunte el audiograma**

|  |        |               |                    |
|--|--------|---------------|--------------------|
| Nombre del certificador (letra de molde) |        |               |                    |
| Dirección de la oficina                  | Ciudad | Código postal | Número de teléfono |

*FIRMA:* \_\_\_\_\_ *FECHA:* \_\_\_\_\_



**¿QUIÉN PUEDE CERTIFICAR ESTA SOLICITUD?**

Médico: Cualquier persona con el permiso requerido para ejercer la medicina en el estado de Utah.

Audiólogo: Una persona que tenga una maestría o un doctorado en audiolología y un Certificado de Competencia Clínica (Certificate of Clinical Competence, CCC) en audiolología emitido por la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición (American Speech Language Hearing Association, ASHA).

Patólogo del habla y el lenguaje: Una persona que tenga una maestría o un doctorado en patología del habla/lenguaje y un CCC emitido por la ASHA.

Empleado de agencia estatal calificado: Cualquier empleado de la agencia estatal que pueda proporcionar documentación de la discapacidad. (No puede ser un pariente)