
Solicitud del Consumidor de iCanConnect California

Versión en letra grande(18 point) | Rev. 9/2026

Parte 1 of 3: Instrucciones y Requisitos de Elegibilidad

Descripción General

iCanConnect California es el Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordociegas (NDBEDP, por sus siglas en inglés) de California. El programa proporciona equipos de comunicación especializados, capacitación individualizada, instalación y asistencia técnica sin costo alguno a los californianos elegibles que son sordociegos, con el fin de facilitar el acceso a servicios de telecomunicaciones, servicios de acceso a Internet y servicios de comunicaciones avanzadas.

El programa fue creado por la Ley de Accesibilidad a las Comunicaciones y el Video del Siglo XXI de 2010, y es financiado y supervisado por la Comisión Federal de Comunicaciones (FCC). La FCC certifica a una entidad en cada estado para administrar el programa. Communication Service for the Deaf (CSD) es la entidad certificada para California.

Cómo Usar Esta Solicitud

Esta solicitud consta de tres partes:

- La parte 1 explica quién califica y qué documentación necesita. No debe completar ningún campo en la parte 1.
- La parte 2 es la solicitud propiamente dicha. Usted debe completarla.
- La parte 3 es la verificación de discapacidad. Un profesional que conozca su pérdida auditiva y visual debe completarla y firmarla. Puede desprender la parte 3 y entregársela a esa persona.

Las solicitudes pueden completarse de forma independiente o con la ayuda de un familiar, amigo, intérprete, proveedor de servicios de apoyo, profesional de rehabilitación u otra persona de confianza. Puede enviar su solicitud en línea, por correo electrónico, por mensaje de texto o por correo postal.

Es posible que se le solicite documentación sobre su discapacidad e ingresos del hogar.

Si no está seguro de si califica, envíe una solicitud o comuníquese con el programa para obtener ayuda.

Cómo Obtener Ayuda con Esta Solicitud

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, o si desea recibirla en Braille, letra grande, formato de audio u otro formato accesible, comuníquese con nosotros. Los formatos alternativos están disponibles bajo solicitud sin costo alguno.

- Voz y mensaje de texto: 323-682-9014 (llame o envíe un mensaje)

- Videoteléfono: 213-870-0165
- Correo electrónico: icanconnectca@csd.org
- Sitio web: www.icanconnectca.org
- Correo postal: 2648 International Blvd., Ste. 303 Oakland, CA 94601

Quién Puede Calificar

Para calificar para iCanConnect California, usted debe:

- Ser residente de California.
 - Cumplir con la definición de sordoceguera de la FCC, que se incluye a continuación.
 - Cumplir con los requisitos de elegibilidad de ingresos del programa (ingresos del hogar iguales o inferiores al 400% de las Pautas Federales de Pobreza).
 - Demostrar la necesidad de equipos de comunicación o servicios relacionados para acceder a servicios de telecomunicaciones, Internet o comunicaciones avanzadas.
- Los solicitantes deben proporcionar verificación tanto de su elegibilidad de ingresos como de su condición de sordoceguera.

Elegibilidad por Ingresos

Para ser elegible, el ingreso total de su hogar debe ser igual o inferior al 400% de las Pautas Federales de Pobreza. La siguiente tabla muestra los montos de 2026. Busque el número de personas en su hogar en la primera columna y luego lea la segunda columna para conocer el límite de ingresos.

Cantidad de personas en el hogar	400 % de las Pautas Federales de Pobreza de 2026
1	\$63,840
2	\$86,560
3	\$109,280
4	\$132,000
5	\$154,720
6	\$177,440
7	\$200,160
8	\$222,880
Por cada persona adicional, agregue	\$22,720

Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Estos montos se actualizan cada año.

Hay dos formas de demostrar que cumple con el requisito de ingresos. Solo necesita una.

Primera opción: puede enviar prueba de que actualmente está inscrito en un programa federal con un límite de ingresos que no supere el 400% de las Pautas Federales de Pobreza, como:

- Medicaid (Medi-Cal en California)
- Asistencia de energía para hogares de bajos ingresos
- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- Asistencia federal de vivienda pública o Sección 8

- CalFresh, cupones de alimentos, o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Asistencia Social para el Trabajo (WTW)
- Programa de almuerzo gratuito del Programa Nacional de Almuerzos Escolares
- Beneficio de Pensión para Veteranos y Sobrevivientes

Segunda opción: puede enviar prueba de los ingresos de su hogar. Esto puede ser una copia del formulario federal de impuestos IRS 1040 del año pasado presentado por usted y los miembros de su hogar, u otra evidencia del ingreso total del hogar, como un estado de cuenta de beneficios reciente de la Administración del Seguro Social u otro estado de cuenta de beneficio de pensión. Incluya una declaración firmada que indique que lo que está enviando representa el ingreso total de su hogar.

Cómo Define la FCC los Ingresos y el Hogar

Los ingresos son todos los ingresos efectivamente recibidos por todos los miembros de un hogar. Esto incluye el salario antes de las deducciones de impuestos, los beneficios de asistencia pública, los pagos del seguro social, las pensiones, la compensación por desempleo, los beneficios para veteranos, las herencias, la pensión alimenticia, los pagos de manutención infantil, los beneficios de compensación laboral, los obsequios, los premios de lotería y similares. Las únicas excepciones son la ayuda financiera estudiantil, las asignaciones militares de vivienda y costo de vida, y los ingresos irregulares provenientes de trabajos ocasionales menores, como el cuidado de niños o el corte de césped.

Un hogar es cualquier individuo o grupo de individuos que viven juntos en la misma dirección como una unidad económica. Un hogar puede incluir personas relacionadas y no relacionadas entre sí. Una unidad económica está compuesta por todos los adultos que contribuyen y comparten los ingresos y gastos del hogar. Un adulto es cualquier persona de dieciocho años o más. Si un adulto no tiene ingresos o tiene ingresos mínimos y vive con alguien que le brinda apoyo económico, ambas personas se consideran parte del mismo hogar. Los menores de dieciocho años que viven con sus padres o tutores se consideran parte del mismo hogar que sus padres o tutores.

Elegibilidad por Discapacidad

Para este programa, el término sordociego tiene el mismo significado que le otorga la Ley del Centro Nacional Helen Keller. En general, la persona debe tener una pérdida visual y una pérdida auditiva que, en conjunto, causen una dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial u obtener un empleo (trabajar).

Específicamente, la regla 64.6203(c) de la FCC establece que un individuo es sordociego cuando:

- Cualquier individuo:
 1. Que tiene una agudeza visual central de 20/200 o menos en el ojo con mejor visión con lentes correctivos, o un defecto de campo visual tal que el diámetro periférico del campo visual subtiende una distancia angular no mayor de 20 grados, o una pérdida visual progresiva con un pronóstico que lleva a una o ambas condiciones;
 2. Que tiene una discapacidad auditiva crónica tan

severa que la mayor parte del habla no puede comprenderse con amplificación óptima, o una pérdida auditiva progresiva con un pronóstico que lleva a esta condición; y

3. Para quien la combinación de discapacidades descritas en los puntos (i) e (ii) de esta sección cause una dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial u obtener un empleo.
- Las habilidades funcionales de un individuo con respecto al uso de servicios de telecomunicaciones, servicios de acceso a Internet y servicios de comunicaciones avanzadas, incluidos los servicios de intercambio y los servicios avanzados de telecomunicaciones e información en diversos entornos, deberán considerarse al determinar si el individuo es sordociego conforme a los puntos (ii) y (iii) de esta sección.
 - La definición establecida en el párrafo (c) también incluye a cualquier individuo que, a pesar de no poder ser evaluado con precisión en cuanto a la pérdida auditiva y visual debido a limitaciones cognitivas o conductuales, o ambas, pueda determinarse mediante una evaluación funcional y de desempeño que presenta graves discapacidades auditivas y visuales que causan una dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial u obtener objetivos vocacionales.

Quién Puede Certificar la Elegibilidad por Discapacidad de una Persona

Un profesional en ejercicio que tenga conocimiento directo de la pérdida visual y auditiva de la persona, como:

- Audiólogo
- Proveedor de servicios comunitarios
- Educador
- Profesional en audición
- Representante del Centro Nacional Helen Keller (HKNC)
- Profesional médico o de salud
- Escuela para sordos o ciegos
- Especialista en sordoceguera
- Patólogo del habla
- Programa estatal de equipos o tecnología de asistencia
- Profesional en visión
- Consejero de rehabilitación vocacional

Dichos profesionales también pueden incluir, en la certificación, información sobre las habilidades funcionales del individuo para utilizar servicios de telecomunicaciones, acceso a Internet y servicios de comunicaciones avanzadas en diversos entornos.

La documentación existente que acredite que una persona es sordociega, como un programa de educación individualizado (IEP) o una declaración de una agencia pública o privada, como una carta de determinación del Seguro Social, puede servir como verificación de la discapacidad.

La parte 3 de esta solicitud es la sección de verificación de discapacidad que un profesional debe completar y firma.

Aviso de Privacidad

La información recopilada en esta solicitud se utiliza exclusivamente para determinar la elegibilidad, evaluar las necesidades de comunicación, proporcionar equipos y

servicios relacionados, administrar el programa iCanConnect California y cumplir con los requisitos de informes y supervisión aplicables de la Comisión Federal de Comunicaciones. La información será protegida y compartida únicamente según lo permitan las leyes aplicables y los requisitos del programa.

CSD no vende, arrienda ni distribuye su información personal a terceros, a menos que usted otorgue su permiso o que el programa esté legalmente obligado a hacerlo. Existen medidas de seguridad físicas, electrónicas y administrativas para prevenir el acceso no autorizado o la divulgación de la información que recopilamos.

Declaración de la Ley de Privacidad de la FCC

La Comisión Federal de Comunicaciones (FCC) recopila información personal sobre personas a través del Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordociegas (NDBEDP), 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 por las personas que certifican 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 voluntariamente por personas que presentan quejas relacionadas con el NDBEDP ante la FCC en nombre propio o de terceros. Cuando no se proporciona esta información, puede resultar imposible resolver las quejas. Finalmente, el programa de distribución de equipos

certificado por el NDBEDP de cada estado debe enviar a la FCC cierta información personal que obtuvo a través de sus actividades del NDBEDP. Dicha información es necesaria para mantener la certificación de cada estado para participar en este programa.

La FCC está autorizada a recopilar la información personal solicitada a través del NDBEDP en virtud de las secciones 1, 4 y 719 de la Ley de Comunicaciones de 1934, según enmendada; 47 U.S.C. 151, 154 y 620.

La FCC puede divulgar la información recopilada a través del NDBEDP según lo permitido por la Ley de Privacidad y según 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 Personas Sordociegas (NDBEDP).

Esta declaración es exigida por la Ley de Privacidad de 1974, Ley Pública 93-579, 5 U.S.C. 552a(e)(3).

Parte 2 de 3: Información del Solicitante

Complete todos los campos. Si una pregunta no se aplica a usted, escriba "N/A" o déjelo en blanco. Si necesita ayuda o necesita esta solicitud en otro formato, comuníquese con nosotros al 323-682-9014 (voz o texto), 213-870-0165 (videoteléfono) o icanconnectca@csd.org.

Sección A. Solicitante

Nombre del solicitante:

Fecha de nacimiento:

Si el solicitante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar esta solicitud en la Sección E.

Nombre preferido (opcional):

Número de personas en el hogar:

Dirección:

El equipo se envía a su domicilio, por lo que no puede ser un apartado postal.

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

Residente permanente de California: ☐ Sí ☐ No

La dirección postal es la misma que la dirección indicada arriba:

☐ Sí ☐ No

Dirección postal, si es diferente:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Condado:

Número de teléfono o

Número de videoteléfono:

Dirección de correo electrónico:

Sección B. Preferencias de Contacto

Método de contacto preferido (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|---|
| ☐ Correo electrónico | ☐ Mensaje de texto (SMS) |
| ☐ Videoteléfono | ☐ Llamada de voz |
| ☐ Llamada de retransmisión, marque el 711 | |
| ☐ Correo postal | |
| ☐ Otro | |

Si es otro, descríballo:

Formato preferido para correspondencia y materiales del programa (marque todos los que correspondan):

- | | |
|--|---|
| ☐ Braille | ☐ Letra grande |
| ☐ Documento electrónico accesible | ☐ Audio |
| ☐ Letra estándar | ☐ Correo electrónico |
| ☐ Otro | |

Si es otro, descríballo:

Preferencia de idioma (marque todas las que correspondan):

- ☐ Lenguaje Americano de Señas (ASL) ☐ ASL táctil
- ☐ ASL de visión cercana o seguimiento
- ☐ ☐ Inglés con señas o Inglés con señas pidgin
- ☐ Inglés oral ☐ Inglés escrito
- ☐ Español oral ☐ Español escrito
- ☐ Sin idioma formal ☐ Otro

Si es otro, descríballo:

Contacto alternativo, en caso de no poder comunicarnos con usted (opcional)

Nombre:

Parentesco:

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:

Teléfono, mensaje de texto o videoteléfono:

Email:

Sección C. Elegibilidad por Ingresos

Cómo demostrará que cumple con el requisito de ingresos (elijá una opción):

- ☐ Estoy inscrito en uno de los programas federales indicados en la Parte 1 y enviaré la documentación correspondiente
- ☐ Enviaré prueba de los ingresos de mi hogar
- ☐ Necesito ayuda con esto. Por favor, comuníquese conmigo.

Si califica a través de un programa federal, ¿cuál? (marque todos los que correspondan):

- ☐ Medicaid (Medi-Cal en California)
- ☐ Asistencia de energía para hogares de bajos ingresos
- ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- ☐ Asistencia federal de vivienda pública o Sección 8
- ☐ CalFresh, cupones de alimentos, o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- ☐ Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o Asistencia Social para el Trabajo (WTW)
- ☐ Programa de almuerzo gratuito del Programa Nacional de Almuerzos Escolares
- ☐ Beneficio de Pensión para Veteranos y Sobrevivientes

Ingreso anual del hogar antes de impuestos, si califica por ingresos en lugar de por inscripción en un programa:

Documentación de ingresos adjunta a esta solicitud:

- ☐ Sí, está adjunta
- ☐ No, la enviaré por separado
- ☐ No, necesito ayuda para obtenerla

Si está adjunta, qué está enviando (marque todos los que correspondan):

- ☐ Declaración de impuestos federal o estatal
- ☐ Carta de otorgamiento de beneficios
- ☐ Talones de pago
- ☐ Carta de otorgamiento de SSI o SSDI
- ☐ Prueba de inscripción en el programa
- ☐ ☐ Otro

Si es otro, descríbalos:

Sección D. Información de Referencia

Cómo se enteró sobre iCanConnect California (marque todas las que correspondan):

- ☐ Un amigo o familiar
- ☐ Una organización para sordos, sordociegos o personas con discapacidad visual
- ☐ Un consejero de rehabilitación u otro profesional
- ☐ Un médico o clínica
- ☐ Centro Nacional Helen Keller (HKNC)
- ☐ Un centro de vida independiente
- ☐ Una escuela o proveedor de educación
- ☐ Un intérprete
- ☐ Redes sociales
- ☐ Noticias o medios de comunicación
- ☐ Una conferencia o evento
- ☐ El sitio web de iCanConnect
- ☐ El sitio web de CSD
- ☐ Otro

Si es otro, descríballo:

Organización o profesional que lo refirió (opcional):

Autorreferencia: ☐ Sí ☐ No

Sección E. Certificación y Firma

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluida la información sobre mi discapacidad e ingresos, es verdadera, completa y precisa según mi leal saber y entender. Autorizo a los representantes del programa a verificar la información proporcionada.

Autorizo que la información sobre mí sea compartida con los administradores y representantes actuales y sucesores del programa de mi estado para la administración del programa y para la entrega de equipos y servicios. También autorizo que la información sobre mí sea reportada a la Comisión Federal de Comunicaciones para la administración, operación y supervisión del programa. Si me mudo y solicito ingresar al programa iCanConnect de otro estado, también autorizo a cada programa iCanConnect estatal en el que haya participado a enviar mis registros del programa a ese programa.

Autorizo a iCanConnect California a divulgar mi nombre, dirección e información de contacto a un capacitador con fines de evaluación y capacitación.

Si soy aceptado en el programa, me comprometo a utilizar los servicios del programa exclusivamente para los fines previstos. Entiendo que no puedo vender, donar ni prestar a otra persona ningún equipo que el programa me haya proporcionado. Cuidaré el equipo.

Si proporciono registros falsos o incumplo estos u otros requisitos o condiciones del programa, los funcionarios del programa podrán suspender los servicios de inmediato. Si intencionalmente incumple estos u otros requisitos o condiciones del programa, los funcionarios del programa podrán tomar las medidas legales pertinentes.

Certifico que he leído, comprendo y acepto estas condiciones para participar en iCanConnect (el Programa Nacional de Distribución de Equipos para Personas Sordociega)

Certificación del solicitante:

☐ He leído, comprendo y acepto las condiciones anteriores.

Firma:

Fecha:

Firmado por el solicitante, o por un padre o tutor legal si el solicitante es menor de 18 años. Escribir su nombre completo en el espacio de firma se acepta como su firma.

Nombre en letra de molde:

Si alguien distinto al solicitante completó o firmó esta solicitud

Nombre:

Parentesco:

Teléfono, mensaje de texto, videoteléfono o correo electrónico:

Certificación de la persona que completó esta solicitud:

☐ Al ingresar mi nombre arriba, certifico que estoy completando o firmando esta solicitud en nombre del solicitante, con su conocimiento y consentimiento.

Parte 3 de 3: Verificación de Discapacidad

Esta sección de verificación de discapacidad debe ser completada por un profesional en ejercicio que tenga conocimiento directo de la pérdida visual y auditiva del solicitante. Por favor, complete los siguientes campos y firme y feche al final.

El solicitante puede desprender estas páginas y entregárselas al profesional que realizará la certificación. Las páginas completadas pueden devolverse por separado a icanconnectca@csd.org o en 2648 International Blvd., Ste. 303 Oakland, CA 94601.

Sección F. Nombre y Dirección del Individuo Sordociego

Nombre del solicitante:

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:

Sección G. Información del Certificador

Nombre del certificador:

Título:

Agencia o empleador:

Email:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:

Sección H. Definición de Sordoceguera

Para este programa, el término sordociego tiene el mismo significado que le otorga la Ley del Centro Nacional Helen

Keller. En general, la persona debe presentar cierta pérdida visual y una pérdida auditiva que, en conjunto, causen una dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial u obtener un empleo (trabajar).

Específicamente, la regla 64.6203(c) del NDBEDP de la FCC establece que un individuo es sordociego cuando:

- Cualquier individuo:

Que tiene una agudeza visual central de 20/200 o menos en el ojo con mejor visión con lentes correctivos, o un defecto de campo visual tal que el diámetro periférico del campo visual subtiende una distancia angular no mayor de 20 grados, o una pérdida visual progresiva con un pronóstico que lleva a una o ambas condiciones;

Que tiene una discapacidad auditiva crónica tan severa que la mayor parte del habla no puede comprenderse con amplificación óptima, o una pérdida auditiva progresiva con un pronóstico que lleva a esta condición; y

Para quien la combinación de discapacidades descritas en los puntos (i) e (ii) de esta sección cause una dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial u obtener un empleo.

- Las habilidades funcionales de un individuo con respecto al uso de servicios de telecomunicaciones, servicios de acceso a Internet y servicios de comunicaciones avanzadas, incluidos los servicios de intercambio y los servicios avanzados de telecomunicaciones e información en diversos entornos, deberán ser consideradas al determinar si el individuo es sordociego conforme a los puntos (ii) y (iii) de esta sección.

- La definición establecida en el párrafo (c) también incluye a cualquier individuo que, a pesar de no poder ser evaluado con precisión en cuanto a la pérdida auditiva y visual debido a limitaciones cognitivas o conductuales, o ambas, pueda determinarse mediante una evaluación funcional y de desempeño que presenta graves discapacidades auditivas y visuales que causan una dificultad extrema para lograr la independencia en las actividades de la vida diaria, alcanzar el ajuste psicosocial u obtener objetivos vocacionales.

Sección I. Certificación

Certifico bajo pena de perjurio que, según mi leal saber y entender, este individuo es sordociego según la definición de la regla de la FCC indicada anteriormente.

Mi certificación se basa en lo siguiente. Indique cómo conoce cada una de las pérdidas auditiva y visual del solicitante, así como la combinación de pérdida auditiva y visual del solicitante, según se define en la regla del NDBEDP de la FCC indicada directamente arriba.

Pérdida visual:

Pérdida auditiva:

Cómo afecta la combinación de pérdida auditiva y visual a esta persona en la vida diaria:

Sección J. Firma del Certificador

Certificación del certificador:

- ☐ He leído la definición anterior y certifico bajo pena de perjurio que, según mi leal saber y entender, este individuo es sordociego según la definición de la FCC.

Firma del certificador:

Fecha:

Escribir su nombre completo en el espacio de firma se acepta como su firma.

Devuelva la solicitud completada (Parte 2 y Parte 3) por correo electrónico a icanconnectca@csd.org, por mensaje de texto al 323-682-9014, o por correo postal a 2648 International Blvd., Ste. 303 Oakland, CA 94601. Si envía documentos escaneados, utilice el formato PDF.

Esta solicitud está disponible bajo pedido en letra estándar, letra grande, Braille, audio y texto electrónico accesible.

Sección K. Cómo Enviar Esta Solicitud

Devuelva su solicitud completada, la documentación de ingresos y la Parte 3 de verificación de discapacidad firmada de la manera que le resulte más conveniente:

- Voz y mensaje de texto: 323-682-9014 (llame o envíe un mensaje)
- Videoteléfono: 213-870-0165
- Correo electrónico: icanconnectca@csd.org
- Sitio web: www.icanconnectca.org
- Correo postal: 2648 International Blvd., Ste. 303 Oakland, CA 94601

Esta solicitud está disponible en Braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles sin costo alguno.

Comuníquese con nosotros utilizando cualquiera de los métodos indicados anteriormente.

Qué Sucede a Continuación

- Revisamos su solicitud para verificar que esté completa y que cumpla con los requisitos de elegibilidad.
- Lo contactamos si se necesita información adicional.
- Programamos una evaluación individualizada de sus necesidades de comunicación.
- Recomendamos los equipos de comunicación y servicios relacionados más adecuados.
- Coordinamos la entrega, instalación y capacitación individualizada del equipo.
- Brindamos asistencia técnica y apoyo de seguimiento según sea necesario.