

# iCanConnect

The National Deaf-Blind Equipment Distribution Program

## Secção 1 de 3 da Aplicação: Instruções e Diretrizes

### **Visão Geral**

O Programa Nacional de Distribuição de Equipamentos para Pessoas Surdas e Invisuais (National Deaf-Blind Equipment Distribution Program - NDBEDP) apoia programas locais que distribuem equipamentos a pessoas com baixos rendimentos que são surdas e invisuais (têm perdas combinadas de audição e visão) de modo a permitir-lhes acesso a telefone, comunicações avançadas e serviços de informações. Este apoio foi mandatado pela lei Americana de acessibilidade de comunicações e vídeo do Século XXI de 2010 (Twenty-First Century Communications and Video Accessibility Act of 2010 - CVAA) e é prestado pela Comissão Federal das Comunicações (Federal Communications Commission - FCC). Para mais informações sobre o NDBEDP, vá a <http://icanconnect.org> ou <http://www.fcc.gov/ndbedp>.

### **Quem é elegível para receber o equipamento?**

Ao abrigo da CVAA, apenas as pessoas com baixos rendimentos e que sejam surdas e invisuais são elegíveis para receber o equipamento fornecido através do programa NDBEDP. Os candidatos devem apresentar provas como sendo pessoas com baixos rendimentos, surdas e invisuais.

### **Rendimento elegível**

Para ser elegível, o rendimento total da sua família/agregado familiar deve ser inferior a 400% das Diretrizes Federais da Pobreza, conforme demonstrado na seguinte tabela:

<b>Diretrizes Federais da Pobreza de 2023</b>			
Número de pessoas na família/agregado familiar	400% no geral, excepto para o Alasca e o Havai	400% para o Alasca	400% para o Havai
1	\$58,320	\$72,840	\$67,080
2	\$78,880	\$98,560	\$90,720
3	\$99,440	\$124,280	\$114,360
4	\$120,000	\$150,000	\$138,000
5	\$140,560	\$175,720	\$161,640
6	\$161,120	\$201,440	\$185,280
7	\$181,680	\$227,160	\$208,920
8	\$202,240	\$252,880	\$232,560
Por cada pessoa adicional, acrescentar	\$20,560	\$25,720	\$23,640
Fonte: <a href="#">Departamento Norte-americano de Saúde e Serviços Humanos</a>			

Para determinação da elegibilidade do rendimento para o NDBEDP, a FCC define “rendimento” e “agregado familiar” da seguinte forma:

“Rendimento” refere-se a todos os rendimentos realmente recebidos por todos os membros de um agregado familiar. Inclui o salário antes de deduções para impostos, benefícios de assistência social, pagamentos à segurança social, pensões, subsídio de desemprego, benefícios de veterano, heranças, pensão de alimentos, pagamentos de apoio a filhos, benefícios de compensação do trabalhador, presentes, ganhos na lotaria e afins. As únicas exceções são os auxílios financeiros a estudantes, alojamento militar e ajudas ao custo de vida, rendimento irregular de empregos ocasionais como guarda de crianças ou corte de relva, e afins.

Um “agregado familiar” é qualquer indivíduo ou grupo de indivíduos que vivem juntos na mesma morada enquanto unidade económica. Um agregado familiar poderá incluir ou não pessoas da mesma família. Uma “unidade económica” consiste em todos os indivíduos adultos que contribuem e partilham o rendimento e as despesas de um agregado familiar. Um adulto é qualquer pessoa com idade igual ou superior a dezoito anos. Se um adulto não tiver qualquer rendimento, ou tiver um rendimento mínimo, e viver com alguém que lhe forneça apoio financeiro, ambos devem ser considerados parte do mesmo agregado familiar. As crianças com menos de dezoito anos que vivem com os pais ou tutores são consideradas parte do mesmo agregado familiar do que os pais ou tutores.

Vide Secção 2 para informações sobre o rendimento da família/agregado familiar que deve ser fornecido nesta candidatura: ou 1) prova da participação atual num

programa federal relacionado com baixos rendimentos cujo limite do rendimento seja inferior a 400% das Diretrizes Federais da Pobreza, ou 2) prova do rendimento do agregado familiar.

### **Elegibilidade por incapacidade**

Para este programa, a CVAA requer que os termos "surdo e invisual" tenham o mesmo significado dado pela lei Helen Keller National Center. De um modo geral, a pessoa deverá ter uma determinada perda de visão e uma perda de audição que, em combinação, provoquem uma extrema dificuldade em alcançar a independência nas atividades da vida diária, alcançar ajustamento psicossocial ou obter uma vocação (trabalhar).

Especificamente, a regra da FCC sobre o NDBEDP 64.6203(c) determina que uma pessoa que seja “surda e invisual” é:

(1) Qualquer pessoa:

(i) Que tem uma acuidade central visual de 20/200 ou inferior no melhor olho com lentes corretivas, ou um campo visual tal que o diâmetro periférico do campo visual subtende uma distância angular não superior a 20 graus, ou uma perda visual progressiva com um prognóstico que leva a uma ou ambas as condições;

(ii) Que tem uma deficiência auditiva crónica tão grave que não se consegue compreender a maior parte do seu discurso com uma ótima amplificação, ou uma perda auditiva progressiva com um prognóstico que conduz a esta condição; e

(iii) Para quem a combinação de deficiências descritas nos pontos (i) e (ii) desta secção provoquem uma extrema dificuldade em alcançar a independência nas atividades da vida diária, alcançar ajustamento psicossocial ou obter uma vocação.

As capacidades funcionais de uma pessoa relativamente à utilização do serviço de telecomunicações, acesso à Internet e serviços avançados de comunicações, incluindo serviços de intercâmbio e serviços avançados de telecomunicações e informações em vários ambientes devem ser consideradas ao determinar se a pessoa é surda e invisual ao abrigo dos pontos (ii) e (iii) desta secção.

(3) A definição neste ponto (c) inclui também qualquer pessoa que, apesar da sua incapacidade de ser corretamente avaliada quanto a perda de audição e visão devido a condicionalismos cognitivos ou comportamentais, ou ambos, possa ser determinada através da avaliação funcional e do desempenho como tendo incapacidades auditivas e visuais graves que provocam uma extrema dificuldade em alcançar a independência nas atividades da vida diária, alcançar ajustamento psicossocial ou obter objetivos vocacionais.

## **Quem pode atestar a elegibilidade da incapacidade de uma pessoa?**

Um profissional no ativo que tenha conhecimentos diretos sobre a perda de visão e audição de uma pessoa, tal como:

- Audiologista
- Prestador de serviços comunitário
- Educador
- Profissional de audição
- Representante do HKNC
- Profissional médico/de saúde
- Escola para surdos e/ou invisuais
- Especialista em Surdez e Cegueira
- Patologista da fala
- Programa estatal de equipamento/tecnologia auxiliar
- Profissional de visão
- Conselheiro vocacional para a reabilitação

Estes profissionais poderão também incluir, nesse atestado, informações sobre as capacidades funcionais da pessoa para usar telecomunicações, para aceder à Internet e serviços avançados de comunicações em vários cenários.

A documentação comprovativa de que uma pessoa é surda e invisual, como um programa de educação individualizado (PEI) ou uma carta de determinação da Segurança Social, poderá servir de verificação de incapacidade.

Vide Secção 3 para informações sobre a atestação da incapacidade que deve ser apresentada com esta candidatura.

## **Política de confidencialidade**

O iCanConnect está empenhado em garantir que a sua privacidade seja protegida. As informações fornecidas neste formulário apenas serão utilizadas para determinar a elegibilidade dos produtos e serviços do iCanConnect. O iCanConnect não vai vender, distribuir nem alugar as suas informações pessoais a terceiros a não ser que dê autorização ou se o programa do iCanConnect for obrigado por lei a fazê-lo. O iCanConnect está empenhado em garantir que as suas informações pessoais estejam seguras. Para evitar o acesso ou a divulgação não autorizados, estão implementados procedimentos físicos, eletrónicos e de gestão adequados para salvaguardar e proteger as informações que o iCanConnect recolhe.

# iCanConnect

The National Deaf-Blind Equipment Distribution Program

## Secção 2 de 3 da Candidatura: Dados pessoais do requerente

(É favor preencher todos os campos)

**Nome do candidato:**

\_\_\_\_\_

**Data de nascimento:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

*(Se tiver menos de 18 anos, o pai/mãe ou tutor legal devem assinar a candidatura.)*

**Morada:**

\_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_

**Telefone principal:** \_\_\_\_\_

Voz \_\_\_\_\_ TTY \_\_\_\_\_ VP \_\_\_\_\_

**Telefone alternativo:** \_\_\_\_\_



**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Estado no qual é residente permanente** \_\_\_\_\_

**Já participou no iCanConnect (Programa National de Distribuição de Equipamentos para Pessoas Surdas e Invisuais)?** *(assinalar Sim ou Não)* Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Em caso afirmativo, em que estado(s) participou no iCanConnect?** *(indicar todos):*

---

**Já recebeu anteriormente equipamento através do iCanConnect noutro estado?**

*(assinalar Sim ou Não)* Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

**Em caso afirmativo, em que estado(s) recebeu equipamento através do iCanConnect?** *(indicar todos):*

---

**Quantas pessoas estão a viver no seu agregado familiar?** \_\_\_\_\_

**Preferência de linguagem** *(assinalar todas as que se aplicarem):*

- ASL
- Visão de perto ASL/PSE Táctil ASL/PSE
- Inglês (falado)
- Nenhuma língua formal
- Inglês Pidgin Gestual
- Inglês Gestual
- Espanhol (falado)
- Outro – \_\_\_\_\_

**Que formato prefere para a correspondência escrita?**

- Braille
- Letra grande
- Outro – \_\_\_\_\_
- E-mail
- Letra Padrão

**Prefere ser contactado por:**

- E-mail
- Fax
- Mensagem de texto
- TTY (marcar 711 para Relay)
- Vídeo-chamada
- Telefone (voz)

**Contacto Alternativo (em caso de emergência):**

\_\_\_\_\_

**Relação com o Candidato:**

\_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_

**Estado:** \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

**Telefone principal:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Opiniões/Sugestões (opcional):**

\_\_\_\_\_

**Como é que teve conhecimento deste programa?**

- \_\_\_\_\_ Website iCanConnect.org
- \_\_\_\_\_ Conferência ou Seminário
- \_\_\_\_\_ Grupo de defesa de Incapacidades
- \_\_\_\_\_ Especialista em Serviços para Surdos e Invisuais
- \_\_\_\_\_ Instituição de Ensino /Escola
- \_\_\_\_\_ Membros da família
- \_\_\_\_\_ Amigos
- \_\_\_\_\_ Fornecedor de cuidados de saúde
- \_\_\_\_\_ Intérprete
- \_\_\_\_\_ Lar de idosos
- \_\_\_\_\_ Centro Nacional Helen Keller
- \_\_\_\_\_ Fornecedor de tecnologia
- \_\_\_\_\_ Representante do HKNC
- \_\_\_\_\_ Centro de Vida Independente
- \_\_\_\_\_ Notícias / Meios de comunicação social (televisão, revista, rádio)
- \_\_\_\_\_ Redes sociais (Facebook, Twitter)
- \_\_\_\_\_ Projeto estatal para surdos e invisuais

\_\_\_\_\_ Conselheiro vocacional para a reabilitação  
\_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

## **Rendimento elegível**

Para confirmar a elegibilidade do seu rendimento, envie por correio ou fax a documentação que prova uma das seguintes situações:

1. Está atualmente inscrito num programa federal com um requisito de elegibilidade de rendimento que não excede 400% das Diretrizes Federais da Pobreza, como:
  - a. Seguro de saúde (Medicaid)
  - b. Subsídio de Segurança Suplementar (Supplemental Security Income - SSI)
  - c. Subsídio federal de alojamento público ou Secção 8
  - d. Senhas para alimentação (Food Stamps) ou Programa de Ajuda Suplementar à Nutrição (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP)
  - e. Pensão para Veteranos e Sobreviventes; OU
2. Prova de todos os rendimentos do agregado familiar (conforme descrito na Secção 1)

Solicitamos que envie por correio ou fax uma cópia da última declaração de IRS, preenchida por si e pelos membros da sua família/agregado familiar, ou que envie outras provas do rendimento total da sua família/agregado familiar, tal como a(s) declaração(ões) de reforma da

Administração da Segurança Social ou outra(s)  
declaração(ões) de pensão.

**Atestado de candidatura (assinatura necessária)**

Certifico que as informações prestadas nesta candidatura, incluindo as informações sobre a minha incapacidade e rendimentos, são verdadeiras, completas e exatas tanto quanto é do meu conhecimento. Autorizo os representantes do programa a verificarem as informações fornecidas.

Autorizo que as informações sobre mim sejam partilhadas com os meus gestores e representantes estatais do programa, atuais e sucessores, para a administração e entrega do equipamento e dos serviços. Também autorizo que as minhas informações sejam transmitidas à Comissão Federal das Comunicações para administração, operação e controlo do programa. Se me mudar e me candidatar a qualquer outro programa estatal iCanConnect, também permito que todos os programas estatais iCanConnect em que participei enviem os registos do meu programa para qualquer outro programa estatal iCanConnect a que me candidatei.

Se for aceite no programa, aceito utilizar os serviços do programa apenas para as finalidades pretendidas. Compreendo que não posso vender, dar nem emprestar a outra pessoa qualquer equipamento que me tenha sido fornecido pelo programa.

Se fornecer quaisquer registos falsos ou não cumprir estes ou outros requisitos ou condições do programa, as entidades do programa poderão cessar os serviços que me prestam com efeitos imediatos. Da mesma forma, se violar de propósito estes ou outros requisitos ou

condições do programa, os responsáveis do programa poderão processar-me.

Certifico que li, compreendi e aceito estas condições de participação no iCanConnect (o Programa Nacional de Distribuição de Equipamentos para Pessoas Surdas e Invisuais).

**Nome em maiúsculas do candidato ou pai/tutor (se o candidato tiver menos de 18 anos):**

---

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

Se esta candidatura for preenchida por alguém que não seja o requerente, queira indicar o seu nome:

---

Ao apor o meu nome acima, certifico que estou a assinar esta candidatura em nome do candidato e com o seu conhecimento e consentimento.



**Secção de Aplicação 3 de 3: Verificação da Incapacidade**

Esta secção de verificação da incapacidade deve ser preenchida por um profissional no ativo que tenha conhecimento direto da perda de visão e audição do candidato.

Preencha os seguintes campos, assine e coloque a data por baixo.

***Nome e Morada da pessoa surda e invisual:***

**Nome do candidato:** \_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

**Cidade/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_

***Informações da pessoa que atesta:***

**Nome da pessoa que atesta:** \_\_\_\_\_

**Título:** \_\_\_\_\_

**Agência/Entidade patronal:**

\_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** \_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

**Cidade/Estado/Código Postal:** \_\_\_\_\_



Para este programa, a CVAA requer que os termos "surdo e invisual" tenham o mesmo significado dado pela lei Helen Keller National Center. De um modo geral, a pessoa deverá ter uma determinada perda de visão e uma perda de audição que, em combinação, provoquem uma extrema dificuldade em alcançar a independência nas atividades da vida diária, alcançar ajustamento psicossocial ou obter uma vocação (trabalhar).

Especificamente, a regra da FCC sobre o NDBEDP 64.6203(c) determina que uma pessoa que seja "surda e invisual" é:

(1) Qualquer pessoa:

(i) Que tem uma acuidade central visual de 20/200 ou inferior no melhor olho com lentes corretivas, ou um campo visual tal que o diâmetro periférico do campo visual subtende uma distância angular não superior a 20 graus, ou uma perda visual progressiva com um prognóstico que leva a uma ou ambas as condições;

(ii) Que tem uma deficiência auditiva crônica tão grave que não se consegue compreender a maior parte do seu discurso com uma ótima amplificação, ou uma perda auditiva progressiva com um prognóstico que conduz a esta condição; e

(iii) Para quem a combinação de deficiências descritas nos pontos (i) e (ii) desta secção provoquem uma extrema dificuldade em alcançar a independência nas atividades da vida diária, alcançar ajustamento psicossocial ou obter uma vocação.

(2) As capacidades funcionais de um candidato relativamente à utilização do serviço de telecomunicações, acesso à Internet e serviços avançados de comunicações, incluindo serviços de intercâmbio e serviços avançados de telecomunicações e informações em vários ambientes devem ser consideradas ao determinar se a pessoa é surda e invisual ao abrigo dos pontos (ii) e (iii) desta secção.

(3) A definição neste ponto (c) inclui também qualquer pessoa que, apesar da sua incapacidade de ser corretamente avaliada quanto a perda de audição e visão devido a condicionalismos cognitivos ou comportamentais, ou ambos, possa ser determinada através da avaliação funcional e do desempenho como tendo incapacidades auditivas e visuais graves que provocam uma extrema dificuldade em alcançar a independência nas atividades da vida diária, alcançar ajustamento psicossocial ou obter objetivos vocacionais.

**Certifico, sob pena de perjúrio que, tanto quanto é do meu conhecimento, esta pessoa é surda e invisual conforme definido pela FCC acima (e conforme previamente referenciado na Secção 1).**

**O meu atestado é baseado no seguinte: \_\_\_\_\_**

***(Indique como está familiarizado com cada uma das perdas auditivas e visuais do candidato, E a combinação da perda auditiva e visual do candidato,***

**tal como definido nas regras NDBEDP da FCC listadas diretamente acima):**

**Perda de visão:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Perda de audição:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Perda de visão Combinação de perda de audição e visão:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Assinatura da pessoa que atesta:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Enviar a candidatura completa por correio, e-mail ou fax  
(Secções 1, 2 e 3) para:**

Northeast Deaf and Hard of Hearing Services  
56 Old Suncook Rd. Suite 6  
Concord, NH 03301  
E-mail: [AccessTech@ndhhs.org](mailto:AccessTech@ndhhs.org)  
• Telephone: 603-565-0275 • Fax: 603-856-0242

Se forem enviados documentos digitalizados, usar formato PDF.

(Este documento encontra-se disponível, se requerido, em formato papel, Braille e texto eletrónico.)

## **Declaração de Privacidade**

A Federal Communications Commission (FCC) recolhe informações pessoais dos candidatos através do National Deaf-Blind Equipment Distribution Program (NDBEDP), um programa também conhecido como iCanConnect. A FCC utilizará estas informações para administrar e gerir o NDBEDP.

As informações pessoais são fornecidas voluntariamente pelas pessoas que solicitam equipamento (candidatos ao NDBEDP) e pelas pessoas que atestam a incapacidade dos candidatos ao NDBEDP. Estas informações são necessárias para determinar se um candidato é elegível para participar no NDBEDP. Além disso, as informações pessoais são fornecidas voluntariamente por indivíduos que apresentam queixas relacionadas com o NDBEDP à FCC em seu nome ou em nome de outros. Quando estas informações não são fornecidas, pode ser impossível resolver as queixas. Finalmente, o programa de distribuição de equipamento certificado NDBEDP de cada estado deve submeter à FCC certas informações pessoais que obteve através das suas atividades NDBEDP. Estas informações são necessárias para

manter a certificação de cada estado para participar neste programa.

A FCC está autorizada a recolher as informações pessoais solicitadas através do NDBEDP ao abrigo das secções 1, 4, e 719 da lei americana sobre comunicações de 1934 (Communications Act of 1934), com alterações; 47 U.S.C. 151, 154, e 620.

A FCC poderá divulgar as informações recolhidas através do NDBEDP conforme permitido ao abrigo da Lei sobre Privacidade e descrito no Privacy Act System of Records Notice da FCC em 77 FR 2721 (19 janeiro 2012), FCC/CGB-3, “National Deaf-Blind Equipment Distribution Program (NDBEDP),”

<https://www.fcc.gov/omd/privacyact/documents/records/FCC-CGB-3.pdf>.

Esta declaração é obrigatória nos termos da Lei sobre Privacidade de 1974, Direito Público 93-579, 5 U.S.C. 552a(e)(3).