

다음 사람들을 위해 소통 장벽을 없앱니다

청각장애 • 난청 • 후천적 청각장애 • 청각-시각장애 • 언어장애인

전화단말장치 신청서

청각장애 및 난청 사무소(ODHH)에서 전화단말장치 배포(TED) 프로그램을 운영합니다. TED 프로그램을 통하여 청력 손실 또는 언어 장애가 있는 사람들에게 특수 전화단말장치를 제공함으로써 이러한 분들이 독립적으로 전화기를 사용할 수 있게 합니다.

워싱턴 주 거주 4 세 이상 주민으로서 청력 손실, 난청, 후천적 청각장애, 청각-시각장애 또는 언어 장애가 있는 분들은 전화단말장치를 신청할 자격이 있습니다.

이 신청서에는 이 절차를 완료하는 데 필요한 정보가 있습니다. 질문이 있으시거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하시면, TED 프로그램에 문의하실 수 있습니다.

목차

표지.....	1
프로그램	
정보.....	2
장치	
카탈로그.....	4
신청서.....	7 - 9*
* 이 양식의 3 페이지 모두 반송하셔야 합니다.	

청각장애 및 난청 사무소(Office of the Deaf and Hard of Hearing) 전화단말장치 배포 프로그램

TED Program	(800) 422-7930 V/TTY	비디오폰: 360-339-7382
PO Box 45301	(360) 725-3450 V/TTY	이메일: odhh@dshs.wa.gov
Olympia, WA 98504-5301	(360) 725-3456 팩스	웹 : http://odhh.dshs.wa.gov

장치를 받으려면, 다음을 해야 합니다.

- 전화단말장치 신청서 작성(7 - 9 페이지).
신청서를 제대로 작성하지 않으면 서비스가 지연될 수 있습니다.
귀하의 신청서가 제대로 작성되지 않았거나 거부되면 서신을 보내드립니다.
- 신청서를 위의 주소로 보내 TED 프로그램에 접수시켜 주십시오.

신청서가 수락되어 처리되면 다음과 같이 진행됩니다.

1. 비용이 있을 경우 장치 비용이 표시된 서신을 보냅니다.
 2. 다음 장치 배포 목록에 귀하의 이름을 추가합니다.
 3. 장치를 귀하에게 배포합니다.
- 이 신청 프로세스에 대해 더 자세한 정보가 필요하시면, 프로그램 정보에 대한 자주 묻는 질문(2 페이지)을 참조하십시오.

신청서는 대형 문자, 브рай유 점자 및 다른 언어로도 이용하실 수 있습니다.

ODHH 에 연락하여 다른 형식의 신청서를 요청하실 수 있습니다.



워싱턴 전화통신 릴레이 서비스(Washington Telecommunication Relay Service, WATRS)

www.washingtonrelay.com

일부 특수 전화단말장치는 릴레이와 함께 사용해야 합니다. 릴레이는 무료 서비스로 일반 전화기를 사용하는 사람과 특수 전화기를 사용하는 사람을 양방향으로 연결시켜 줍니다.

- 릴레이를 사용하려면, 7-1-1 을 누르면 됩니다.
- RO (Relay Operator)에게 연결됩니다.
- RO 는 전화하려는 전화번호를 눌러주어 양쪽 사람의 대화를 중계해줍니다.

자주 묻는 질문 (FAQ)

내 소득으로 인해 TED 프로그램으로부터 장치를 받을 수 있는 자격이 박탈될 수 있습니까?

아닙니다. 소득에 관계없이 자격(1 페이지)을 충족하는 사람은 누구나 장치를 신청할 수 있습니다.

장치에 대한 비용을 지불해야 합니까?

인하된 가격 또는 무료로 장치를 받으실 수 있습니다. 장치의 비용은 차등제로 결정됩니다. 지불해야 할 경우 지불 금액은 가족 규모와 소득에 따라 계산됩니다. 귀하가 지불해야 할 금액이 표시된 서신을 보냅니다.

장치를 배포하기 전에 지불되어야 합니다. **지불해야 할 금액을 지불할 수 없다면, 면제 신청을 할 수도 있습니다.** 면제 프로세스에 관한 정보가 더 필요하시면, TED 프로그램에 문의하여 주십시오.

어떤 소득을 보고해야 합니까?

임금, 장애연금, 은퇴소득, 사회보장 및 이자 등 모든 소득 원천을 제한 없이 보고해야 합니다.

어떤 장치를 선택할 수 있습니까?

TED 장치 카탈로그(4 - 6 페이지)에 이용 가능한 장치 종류가 표시되어 있습니다. 액세서리가 있는 경우 해당 장치에 대한 액세서리와 함께 1 대의 전화단말장치와 1 대의 신호 장치를 선택할 수 있습니다. 신청서에서 원하는 장치의 종류를 선택하셔야 합니다 (8 페이지, 섹션 3).

집에서 사용하는 전화 서비스는 어떤 종류이어야 합니까?

자막 전화기, 증폭 전화기 또는 다른 전화선 기반 전화 장치를 신청하는 고객은 반드시 아날로그 기반 전화 서비스(일반 전화선)가 있어야 합니다. 인터넷이나 케이블 전화 서비스 (예: Comcast, Wave Cable)는 CapTel(자막) 전화기와 호환되지 않습니다. (하지만, 증폭 전화기에는 사용 가능합니다.)

자주 묻는 질문 (FAQ) (계속)

내 신청서 양식에 서명할 권한이 있는 전문가는 누구입니까?

신청서 양식에 서명하는 개인의 직업을 설명하는 상자를 확인하십시오. WAC 388-818-010 에는 다음 사람들이 신청인의 자격을 인증하도록 공인받았음을 명시하고 있습니다:

- a. 워싱턴 주에서 의료 서비스를 제공하도록 워싱턴주의 허가나 인증을 받은 사람,
- b. 워싱턴 주의 청능사나 보청기 맞춤 기술자/판매자,
- c. 워싱턴 주의 청각장애와 난청 커뮤니티 서비스 센터에 있는 청각장애 전문가 또는 코디네이터,
- d. 청각 또는 언어 장애인을 위해 서비스를 제공하는 임의의 주내 비영리 기구.
- e. 자격이 있는 워싱턴 주 기관의 직원,
- f. 워싱턴 주내의 직업 재활 상담사,
- g. 워싱턴 주내의 청각-시각 장애인들에게 서비스를 제공하는 기구에서 일하는 청각-시각 장애 전문가 또는 코디네이터,
- h. 워싱턴 주내에서 허가 받은 작업 치료사,
- i. 워싱턴 주에서 진료를 보는 인증된 언어 병리학자,
- j. 기타: 직업을 기입하세요.

과거에 장치를 받았습니니다. 새로운 장치를 다시 신청해도 됩니까?

TED 프로그램으로부터 받은 현재의 장치가 작동하지 않거나 또는 더 이상 요구 사항이 충족되지 않는 **경우에만** 3 년이 지난 후 새로운 장치를 다시 신청할 자격이 주어집니다. 장치를 무료로 받은 경우, 새로운 장치를 제공하기 전에 해당 장치를 반환해야 할 수 있습니다. 더 자세한 정보는 TED 프로그램에 문의하십시오.

장치는 언제 받게 됩니까?

장치를 받는 데 걸리는 처리 기간은 재고 보유분에 따라 4-8주 걸릴 수 있습니다. 대부분의 장치는 귀하에게 직접 배송됩니다. 일부 특수 장치는 TED와 계약한 트레이너가 전달해야 합니다.

만약 트레이너가 귀하에게 전달하는 경우, 귀하와 기타 관심이 있는 사람과의 만남을 위한 날짜 및 시간을 정하기 위해 귀하에게 연락할 것입니다. 트레이너는 귀하의 필요 사항을 평가한 후, 장치를 연결하고 사용법을 시연합니다. 모든 iPad 와 iPhone 은 UPS 를 통해 도급업체가 직접 고객에게 배송하며 해당 배송품을 수령하기 위해서는 서명이 필요합니다.

TED 프로그램은 배송과 교육 서비스를 무료로 제공합니다.

전화단말장치 카탈로그

이 섹션은 신청인과 전문가가 신청인의 필요를 충족시키는 가장 적합한 장치를 선택할 수 있도록 돕기 위한 것입니다.

장치 종류는 신청서에서 선택해야 합니다.

신청인은 다음을 받을 자격이 있습니다.

1 대의 (1) 전화단말장치

그리고 1 대의 신호 장치.

액세서리가 있는 경우, 해당 장치의 액세서리.

- 별표시(*)가 있는 장치는 반드시 자격이 있는 트레이너가 전달해야 합니다. 그러한 장치는 배송되지 않습니다. 해당 장치를 선택한 신청인은 자동으로 트레이너에게 소개됩니다.
- 모든 모델은 변경될 수 있습니다.

특수 전화단말장치

증폭전화기

(경미하거나 중간 정도의 청각 손실이 있는 개인용).



- 일반 전화기처럼 사용합니다.
- 증폭 기능을 사용하여 대화를 듣습니다.
- 볼륨과 톤을 조절하여 지정된 필요를 충족시킬 수 있습니다.

이용 가능한 유선 모델:

- Clarity Alto
- Clarity Alto Plus 와 발신자 확인 장치

이용 가능한 무선 모델:

- Panasonic KX-TGM403B 와 발신자 확인 장치

액세서리:

- 넥 루프(Neck Loop, NKL)

“CapTel” 자막전화기 (CAP) *

심각하거나 상당한 청력 손실이 있는 개인용.



- 음성과 디스플레이 화면에 텍스트로 표시되는 수신 대화를 읽어서 소통.
- 사용자는 남아 있는 청력을 사용하여 증폭 핸드셋을 통해 상대방이 말한 대화를 들을 수 있습니다.
- 기본 아날로그 모델 CapTel 전화기는 TED 프로그램을 통해 이용하실 수 있습니다. 집에 고속 인터넷 서비스가 있다면, www.captel.com 을 방문하여 CapTel 에서 바로 이용할 수 있는 인터넷 기반 모델에 대해 더 자세히 알아 보십시오.

- 워싱턴 릴레이 서비스를 사용해야 합니다.

필수 사항:

- 아날로그 전화선 또는
- 디지털-아날로그 필터가 있는 DSL (Digital Subscriber Line)

iPad 또는 iPhone – 무선 또는 WiFi 전용 옵션* 이용 가능



무선 및 WiFi 기반 통신 액세스용.

iPad 및 iPhone 장치는 보호 케이스와 함께 제공됩니다(품질보증 유지 필요). 고객은 iPad, iPad Mini 또는 iPhone 중에서 선택할 수 있습니다. 이 장치는 무선 또는 WiFi 네트워크를 통해 전화할 수 있도록 특별히 배포되며 계약업체가 귀하에게 배송합니다.

TTY(Teletypewriter)

청력 손실이 상당하거나 완전히 잃어버린 경우 그리고/또는 언어 장애가 있는 개인용.



- 타이핑으로 소통.
- 메시지를 디스플레이 화면에 표시하고 또한 인쇄할 수도 있습니다.
- 대화는 돌아가면서 번갈아 합니다.
- 워싱턴 릴레이 서비스를 사용해야 할 수 있습니다.
- 기본 아날로그 전화선 서비스 필요.

리모트 컨트롤 스피커폰*

이동에 제약이 있고 그리고 경미하거나 중간 정도의 청력 손상이 있으며 그리고/또는 언어 장애가 있는 개인용.



- 사용자는 핸드 프리 스피커폰으로 일반 전화기를 사용하는 것처럼 통화할 수 있습니다.
- TED의 사전 승인이 필요합니다.
- 워싱턴 릴레이 서비스를 사용해야 할 수 있습니다.

액세서리:

- 마이크
- 스위치

Telitalk Electrolarynx 전화기

후두 절제 수술을 받은 환자용.



- 일반 전화기처럼 사용합니다.
- 전자식 언어 지원 장치로 통화.
- 말할 때 인공 후두로 자연스러운 억양을 만들 수 있습니다.
- TeliTalk은 자동으로 승인된 고객에게 배송됩니다.
- Electrolarynx는 전화기와 별도로 사용할 수 있습니다.

- TED의 사전 승인이 필요합니다.
- 워싱턴 릴레이 스피치-투-스피치 서비스와 함께 사용할 수 있습니다.

특별한 필요가 있는 개인에게 다른 특수 전화단말장치를 제공할 수도 있습니다.

TED 프로그램에 연락하여 더 자세한 정보를 알아보세요(1 페이지의 연락처 정보 참조).

벨 신호기

잘 들리는 벨 신호기



- 일반 전화기가 울릴 때 신호기가 울립니다.
- 신호기의 볼륨을 조절하여 맞춤형 필요를 충족시킵니다.

불이 들어오는 벨 신호기



- 램프에 연결합니다.
- 전화가 울리면 램프가 깜박입니다.

진동 벨 신호기



- 일반 전화기가 울릴 때 신호기가 진동합니다.
- TED의 사전 승인이 필요합니다.
- 청각-시각 장애인용.

액세서리

넥 루프



- 텔레코일 (t-코일) 청력 보조기를 사용하는 전화기 사용자용.
- 청력 보조기 판매자 또는 기타 자격 전문가에게 문의하여 넥 루프가 호환이 되는지 판단하십시오.

액세서리는 다음과 함께 사용할 수 있습니다.

- 증폭 전화기(AMP)
- 보이스-캐리-오버(Voice-Carry-Over, VCO)
- 자막 전화기 (CapTel)
- TeliTalk Electrolarynx 전화기 (TEL)

마이크*



헤드셋



라펠 마이크

액세서리는 다음과 함께 사용할 수 있습니다.

- 리모트 컨트롤 스피커폰

스위치*



에어 스위치



필로우 스위치

액세서리는 다음과 함께 사용할 수 있습니다.

- 리모트 컨트롤 스피커폰

* 별표(*)가 있는 장치는 반드시 자격이 있는 트레이너가 전달해야 합니다. 그러한 장치는 배송되지 않습니다. 해당 장치를 선택한 신청인은 자동으로 트레이너에게 소개됩니다.

법적고지: 장치 제조사/모델은 변경될 수 있습니다.

전화단말장치 신청서

담당자 기입란

수령 날짜

신청서를 제대로 작성하지 않을 경우 반송될 수 있으며 그에 따라 서비스가 지연될 수 있습니다.

"필수" 항목은 모두 작성해야 합니다. 분명하게 정자체로 기입하거나 타이핑하십시오.

신청서를 다 작성하면, 7-9 페이지를 분리한 다음, 다음 주소로 보내십시오:

TED Program
PO Box 45301
Olympia, WA 98504-5301

TED 프로그램을 어디에서 들으셨습니까?

- 친구나 가족 매거진 또는 뉴스레터
 의료전문가 프레젠테이션 또는 인포메이션 부스
 TV 광고 기타: _____

과거에 TED 프로그램으로부터 장치를 받은 적이
있습니까?
 예 아니요 잘 모르겠음

섹션 1. 신청인 정보

1. 성, 이름, 중간이름		2. 성별 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	
3. 집주소 (아파트 호수 포함) 도시 주 우편번호			
4. 우편주소(다를 경우) 도시 주 우편번호			
5. 커뮤니티 / 시설명 (예: 요양소, 아파트 단지)		6. 카운티	
전화번호(지역코드 포함) <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> TTY		8. 휴대폰 번호 (지역코드 포함) <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> TTY	
9. 전화 서비스 제공사는 어디입니까? 자막 전화기에 필수.			
10. 이메일 주소		11. 연락가능시간	
12. 사회보장번호(선택사항)		13. 생년월일(자격성 판단에 필요)	
14. 대체 연락처/메시지 이름		관계	
전화번호(지역코드 포함) <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> TTY		이메일 주소	

섹션 2. 프로필

1. 재무정보(필수): 가족 규모: 월 소득: \$ 연 소득: \$			
2. 장애(자격성 판단에 필요) <input type="checkbox"/> 청각장애 <input type="checkbox"/> 청각-시각장애 <input type="checkbox"/> 난청 <input type="checkbox"/> 언어장애 <input type="checkbox"/> 후천적 청각장애인		3. 청력 손실 또는 언어 장애에 추가된 것: a. 시력이 낮으십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 b. 시각장애인입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 c. 이동에 제한이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
4. 선호하는 소통방법 a. 수화: b. 말하기: c. <input type="checkbox"/> 쓰기 <input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> 말하기 d. <input type="checkbox"/> 기타: _____ <input type="checkbox"/> SEE <input type="checkbox"/> 촉각 <input type="checkbox"/> 독화 e. 어느 언어로 말하십니까? <input type="checkbox"/> 영어 <input type="checkbox"/> 기타: _____ f. 통역사가 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			

신청서 접합선

5. 귀하는 히스패닉입니까? 예 아니요

스페인/히스패닉/라티노 질문은 인종이 아니라 민족에 관한 것입니다. 귀하의 인종을 나타내는 하나 이상의 상자에 표시하여 다음 질문에 계속 답해 주십시오(해당되는 곳 모두에 체크표시):

백인 미국 인디언 또는 알래스카 원주민 하와이 원주민 또는 태평양 제도 원주민
 흑인 또는 아프리카계 미국인 아시안 기타 인종

섹션 3. 장치 선택

1. 1 대의 전화단말장치와 1 대의 신호기를 선택하십시오.

중폭가정전화기 (전화선 필요):

발신자 표시장치가 있는 유선 전화기 무선 중폭 전화기
 유선 전화기 - 발신자 표시장치 없음

문자기반 가정용 전화기 (아날로그 전화선 서비스 필요): 자막 전화기 TTY (Teletypewriter)

무선 장치 (* 무선 장치는 잠금 해제되어 있으며 어느 무선 통신 서비스 제공사로도 설정이 가능합니다. 무선 서비스의 비용은 고객의 책임이며 TED 프로그램에서 지불하지 않습니다.):

iPad iPad Mini iPhone

** iPad 장치는 WiFi 전용입니다. 만약 고객이 무선 통신 iPad 를 필요로 하면, 다음을 클릭하십시오: 무선통신 가능, *그리고 특별 요청에 대한 이유를 설명하십시오: _____

무선 전화기 회사 이름: _____

신호 장치 - 일반 유선 전화기용. 무선 장치와 호환되지 않음.

큰소리 신호기 점멸 신호기 진동 신호기 (청각-시각 장애 고객 전용)

특수 장치는 언어 장애가 있는 고객이 이용할 수 있습니다.

TeliTalk ElectroLarynx 리모트 컨트롤 스피커폰
 기타: _____

2. 교육이 필요하십니까? 예 아니요, '아니요'라고 답하면, 장치가 귀하에게 직접 배송됩니다.

iPad 와 iPhone 은 고객에게 직접 배송됩니다.

아래 섹션 4.에 서명함으로써, 귀하는 청각장애 및 난청 사무소에서 장치 배송과 품질 보증 및 기술 지원 서비스 제공을 위해 이 신청서에 자발적으로 제공된 귀하의 이름, 우편 주소, 연락처 정보와 장애 여부를 계약 업체에 제공하도록 승인하는 것입니다.

섹션 4. 고객 서명

본인은 본인이 무료로 수령한 이 장치는 본인에게 대여된 것이며 워싱턴 주의 자산으로 유지됨을 알고 있습니다.

본인은 장치가 손상되지 않도록 보호해야 함을 알고 있습니다. 본인은 빗물, 열 및 물리적 남용으로 장치가 손상되지 않도록 보호해야 합니다.

본인은 본인이 이 장치를 남용할 경우, 대체 장치를 받을 자격이 없어질 수 있음을 알고 있습니다.

만약 장치를 **잃어버리거나 도난당한 경우**, TED 프로그램에 알리고 경찰에 신고할 것입니다. 경찰 신고서의 사본을 TED 프로그램에 제공해야 함을 알고 있습니다.

만약 본인이 이사하는 경우, TED 프로그램에 새 주소와 전화번호를 알릴 것입니다.

만약 워싱턴주 외부로 이사하는 경우, 워싱턴 주를 떠나기 전 TED 장치를 반납해야 함을 알고 있습니다.

본인은 이유를 막론하고 누구에게든지 이 장치를 판매, 저당 또는 대여할 수 없음을 알고 있습니다.

만약 이 장치가 **고장나는 경우**, 본인 스스로 이 장치를 고치려 하지 않을 것입니다. TED 프로그램에 지침을 문의할 것입니다.

본인은 iPad 에 문제가 있을 경우, TED Program 트레이너 또는 "Teltex"가 iPad 상에서 제공하는 지침에 따라 모든 서비스를 수행할 것임을 알고 있습니다.

본인은 iPad 를 Apple Store 에 가져갈 수 없으며 TED 프로그램 iPad 에 대한 지원을 위해 Apple Care 에 연락할 수 없음을 알고 있습니다.

본인은 iPad 를 제공된 보호 케이스에 넣어 보관해야 함을 알고 있습니다.

본인은 iPad 가 전화통화 목적으로 제공됨을 알고 있습니다. 만약 이 장치를 전화통화 목적으로 사용하지 않는 경우, ODHH TED 프로그램에서 귀하에게 iPad 를 반납하도록 요청할 수도 있습니다.

본인은 워싱턴 주법에 의거 위증 시 처벌을 감수하고 이 양식의 정보가 사실이며 정확함을 증명(또는 선언)합니다.

1. 서명		날짜
2. 신청서 작성인(신청인과 다른 경우) 이름	관계	
전화번호(지역코드 포함) <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/> TTY	이메일 주소	

섹션 5. 전문가 인증

전문가가 신청서에 서명하여 청력 손실 또는 언어 장애를 인증해야 합니다.

“전문가”에 대한 지침: 귀하가 신청인의 청력 손실 또는 언어 장애를 확인하려면 워싱턴 주에서 업무 인가를 받아야 합니다. 아래에 서명함으로써, 귀하는 귀하가 신청인의 청력 손실이나 언어 장애의 범위를 알고 있고 신청인이 위의 섹션 3 에서 요청한 장치로부터 혜택을 받을 수 있다고 생각함을 증명하는 것입니다.

신청인에게 특수 전화단말장치가 필요한 경우 TED 프로그램에 연락하십시오.

1. 전문가 정보: <input type="checkbox"/> 의사 <input type="checkbox"/> 보청기 맞춤 기술자/판매자 <input type="checkbox"/> 청능사 <input type="checkbox"/> 주 기관 직원 <input type="checkbox"/> 청각 장애 전문가 <input type="checkbox"/> 직업 재활 카운셀러 <input type="checkbox"/> 비영리 담당자 <input type="checkbox"/> 청각-시각장애 전문가 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 작업치료사 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 언어병리학자 <input type="checkbox"/> 기타:	2. 전문가 인증 서명	날짜
	정자체 이름과 직위	
	전화번호	
	라이선스/인증서 번호(있는 경우)	