

Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto Connecticut Tech Act

PAQUETE DE SOLICITUD DE PRÉSTAMO



Programa de Préstamos AT, Proyecto CT Tech Act

55 Farmington Avenue, 12th floor

Hartford, CT 06105

Voz: (860) 424-5619 • Fax: (860) 424-4850

1-800-537-2549 (V/TTY)

www.CTtechact.com

POR FAVOR LEA ESTA SECCIÓN DETENIDAMENTE ANTES DE HACER LA SOLICITUD

Gracias por pedir una solicitud de préstamo al Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia (ATLP, por sus siglas en inglés) del Proyecto de la Ley de Tecnología de Connecticut (Proyecto CT Tech Art). No dude en contactarnos si necesita ayuda o aclaraciones.

¿Qué es el Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto Connecticut Tech Act?

El Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto Connecticut Tech Act ayuda a los ciudadanos de Connecticut con discapacidades y a los ciudadanos mayores a obtener la tecnología de asistencia que necesitan para mejorar la independencia y la productividad en la comunidad, la educación y el empleo con una mejor calidad de vida.

¿Quién puede solicitar un préstamo?

Una persona con discapacidad o un adulto mayor que haya sido residente del Estado de Connecticut durante al menos un año puede solicitar un préstamo. La persona debe tener una discapacidad que afecte permanentemente una actividad importante de la vida. Un prestatario también puede ser un padre, tutor, miembro de la familia o representante legal de la persona con la discapacidad. No están obligados a vivir con la persona.

¿Para qué puedo pedir el préstamo?

Se otorgan préstamos para comprar una amplia gama de dispositivos y servicios de tecnología de asistencia. Los ejemplos incluyen, entre otros, lo siguiente:

- * Sillas de ruedas y scooters
- * Tomadores de notas en braille/equipo
- * Dispositivos de asistencia auditiva
- * Dispositivos de comunicación aumentativa
- * Ayudas electrónicas para la vida diaria
- * Ayudas visuales con salida de voz o funciones de ampliación
- * Computadoras y periféricos adaptativos
- * Rampas
- * Vehículos automotores que han sido adaptados o necesitan adaptaciones
- * Animales de asistencia/servicio

¿Cuánto puedo pedir prestado y por cuánto tiempo?

Los montos de los préstamos generalmente se aprueban de \$500 a \$30,000. La aprobación de préstamos que no se encuentran dentro de este rango solo puede ocurrir en situaciones excepcionales, como se describe en las Políticas y Procedimientos del Programa. Los períodos de reembolso del préstamo oscilarán entre un (1) año y (10) años, dependiendo del monto del préstamo, la capacidad de reembolso del prestatario y el tipo de tecnología de asistencia obtenida a través del préstamo. El período de un préstamo se basa en la vida útil esperada del dispositivo de tecnología de asistencia que se vaya a comprar.

¿Quién aprueba mi préstamo?

El Gerente del Programa y el Comité de Préstamos aprobarán los préstamos. El Comité de Préstamos incluye personas con discapacidades/adultos mayores, familiares y defensores que trabajan con personas con discapacidades/adultos mayores. La revisión inicial de la solicitud la completa el Gerente del Programa. Una vez que se completa una solicitud, se puede requerir una aprobación adicional del Comité de Préstamos.

¿Cómo hago la solicitud?

Complete y envíe esta solicitud junto con todos los elementos especificados en la lista de verificación que se encuentra en las páginas 15 y 16.

Solicitud de Préstamo de Tecnología de Asistencia

Toda la información en este formulario de solicitud es estrictamente confidencial y solo se utilizará para determinar su necesidad y capacidad para pagar este préstamo. Los prestatarios deben demostrar la capacidad de pagar el préstamo.

Completar este formulario no garantiza que se otorgará un préstamo.

INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

Información del solicitante:

Nombre del solicitante: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Período de tiempo en esta residencia: _____ Alquila, es propietario, hipoteca: _____

Si menos de 2 años, dirección anterior _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Licencia de conducir: Estado: _____ Licencia n.º _____

Fecha de emisión: _____ Fecha de caducidad: _____

¿Es: ___ Ciudadano de EE. UU. ___ Residente permanente* ___ Residente no permanente*

*Envíe una copia de su tarjeta de residente

Empleador actual _____ Dirección del empleador: _____

Cargo: _____ Duración del empleo: _____

Si es menos de 2 años, empleador anterior: nombre/cargo _____

Dirección: _____ Duración del empleo _____

Nombre de la persona con discapacidad que se beneficiará de la tecnología de asistencia (si es diferente de la información del solicitante/co-solicitante):

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Especifique la relación entre la persona con discapacidad y el(los) solicitante(s):

El mismo _____ **Cónyuge** _____ **Hijo** _____ **Otro** _____

Describa la discapacidad de la persona que utilizará la tecnología de asistencia: _____

Información del co-solicitante:

Nombre del co-solicitante: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Período de tiempo en esta residencia: _____ Alquila, es propietario, hipoteca: _____

Si menos de 2 años, dirección anterior _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Licencia de conducir: Estado: _____ Licencia n.º _____

Fecha de emisión: _____ Fecha de caducidad: _____

¿Es: ___ Ciudadano de EE. UU. ___ Residente permanente* ___ Residente no permanente*

*Envíe una copia de su tarjeta de residente

Empleador actual _____ Dirección del empleador: _____

Cargo: _____ Duración del empleo: _____

Si es menos de 2 años, empleador anterior: nombre/cargo _____

Dirección: _____ Duración del empleo _____

Persona de contacto adicional: (Debe completarse)

En caso de que no podamos comunicarnos con usted, proporcione el nombre y la información de contacto de una persona de contacto **que no viva en su hogar:**

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Período de tiempo en esta residencia: _____

Si menos de 2 años, dirección anterior _____

INFORMACIÓN DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA

Describa el dispositivo/equipo AT objeto del préstamo: _____

¿Cómo ayudará esto con la independencia, la educación y/o el empleo? _____

****Costo del dispositivo/equipo/servicio: \$ _____ (obligatorio)**

**** Monto del préstamo solicitado: \$ _____ (obligatorio)**

Plazo del préstamo (cantidad de años) que solicita _____

Adjunte un presupuesto con información detallada sobre el producto, el costo y el nombre del proveedor/vendedor.

El propósito principal del dispositivo o servicio AT está relacionado con: *(elija solo uno)*

Educación

Vida comunitaria

Empleo

¿Ha sido evaluado para este dispositivo/equipo?

No

Sí

¿Desea soporte adicional para determinar si este dispositivo o equipo con tecnología de asistencia satisfará sus necesidades antes de comprar el equipo? En caso afirmativo, describa más abajo:

No

Sí (proporcione detalles a continuación)

¿Necesitará capacitación, asistencia con la instalación, personalización u otros servicios que corresponden a este dispositivo o equipo de tecnología de asistencia? Indique qué recursos se necesitarán para cubrir estos costos. *(Si incluye estos costos en el préstamo, incluya presupuestos del vendedor, proveedor, etc. en esta solicitud.)*

Describa en detalle qué servicio se necesita y adjunte cotizaciones:

¿Tiene otra fuente de financiación que contribuya a la compra del dispositivo o equipo, incluidos los pagos de bolsillo?

No

Sí (proporcione detalles a continuación)

¿Cuál es la fuente? _____

¿Qué están proporcionando? Especifique la cantidad que proporcionarán e incluya la verificación del pago de esta fuente. \$ _____

- Costo por dispositivo o equipo
- Instalación
- Acuerdos de servicio

- Servicios de evaluación y/o capacitación
- Otro (especifique) _____

¿Ha solicitado previamente el Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act?

- Sí Fecha: _____
- No

¿Se le ha negado previamente el financiamiento del Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act?

- Sí Fecha: _____
- No

¿Ha explorado otras fuentes de financiación antes de solicitar este préstamo? Por favor complete a continuación:

Opción de financiamiento	Explorado	Solicitado	Denegado	N/C
Pago por cuenta propia				
Medicare				
Medicaid				
Exención de Medicaid				
Seguro privado				
Servicios de rehabilitación vocacional				
Financiación de la primera infancia (desde el nacimiento hasta los 3 años)				
Financiamiento del sistema escolar (K-12)				
Financiamiento del empleador				
Compensación de trabajadores				
Seguro Social (Programa PASS)				
Préstamo bancario tradicional				
Préstamo o regalo de un familiar o amigo				
Fundación o agencia comunitaria				
Otro (especifique)				

INFORMACIÓN FINANCIERA

Un estado financiero personal resta sus pasivos (deuda contractual, incluyendo hipotecas, saldos de tarjetas de crédito, préstamos, etc.) de sus activos (efectivo, ahorros, valor en efectivo del vehículo, etc.) para determinar su patrimonio financiero personal.

Activos: Complete toda la información a continuación, según corresponda, tanto para el solicitante como para el co-solicitante.

Activos	Solicitante	Co-solicitante
Cuenta de Ahorros/Nombre del Banco:	\$	\$
Cuenta Corriente/Nombre del Banco:	\$	\$
IRA y cuentas de jubilación	\$	\$
Seguro de vida (valor de rescate en efectivo)	\$	\$
Cuenta IDA	\$	\$
Bienes Raíces	\$	\$
Automóvil(es) - valor actual de mercado	\$	\$
Fideicomiso para necesidades especiales	\$	\$
Otro (especifique)	\$	\$
A. Activos totales	\$	\$

Pasivos: Complete toda la información a continuación, según corresponda, tanto para el solicitante como para el co-solicitante.

Pasivos	Solicitante	Co-solicitante
Hipoteca	\$	\$
Préstamo de automóvil	\$	\$
Préstamo estudiantil	\$	\$
Otro/Préstamo personal	\$	\$
Tarjetas de crédito (saldos combinados adeudados)	\$	\$
Impuestos impagos	\$	\$
Otra deuda (especifique)	\$	\$
Otra deuda (especifique)	\$	\$
Otra deuda (especifique)	\$	\$
B. Pasivos totales	\$	\$

Reste sus Pasivos totales de sus Activos totales:

Activos totales (Línea A.) \$ _____

Pasivos totales (Línea B.) \$ _____

Patrimonio neto personal **\$** _____

¿Alguna vez se declaró en bancarrota?

No

Sí (fecha de cierre) _____

Describa bajo qué circunstancias se declaró en bancarrota. (Los ejemplos pueden incluir asistencia médica, divorcio, pérdida de empleo, etc.)

Ingresos mensuales: Incluya todas las fuentes actuales de **ingresos mensuales netos actuales (después de impuestos)** tanto para el solicitante como para el co-solicitante (si corresponde).

Fuente de ingresos	Solicitante Monto	Monto del co-solicitante
Salarios/Ganancias provenientes del empleador	\$	\$
Salarios/Ganancias provenientes del trabajo por cuenta propia	\$	\$
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	\$
Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	\$
Asistencia general (es decir, dinero de la familia)	\$	\$
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	\$	\$
Suplemento estatal	\$	\$
Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)	\$	\$
<input type="checkbox"/> Pensión compensatoria / <input type="checkbox"/> Manutención infantil (especifique)	\$	\$
Otros ingresos (especifique)	\$	\$
Otros ingresos (especifique)	\$	\$
Otros ingresos (especifique)	\$	\$
Ingresos mensuales totales	\$	\$

Gastos mensuales: Incluya todas las fuentes actuales de **gastos mensuales** tanto para el solicitante como para el co-solicitante (si corresponde).

Gastos mensuales	Solicitante	Co-solicitante
<input type="checkbox"/> Alquiler o <input type="checkbox"/> Pago de hipoteca	\$	\$
Servicios públicos (agua, electricidad, gas, petróleo)	\$	\$
Teléfono de casa y celular	\$	\$
Impuestos de propiedad	\$	\$
Préstamo de automóvil	\$	\$
Gasolina/Reparaciones del vehículo	\$	\$
Seguro de automóvil	\$	\$
Otros gastos de transporte (estacionamiento, tarifas de autobús, conductor, etc.)	\$	\$
Seguro de salud	\$	\$
Seguro de vida	\$	\$
Gastos dentales/Seguro	\$	\$
Lentes/Lentes de contacto/Exámenes	\$	\$
Recetas	\$	\$
Otros gastos médicos no subsidiados (esto puede incluir costos de asistencia personal no cubiertos por el seguro/exención, animal de servicio, etc.)	\$	\$
Alimentos**si está en SNAP-incluya la cantidad gastada por mes	\$	\$
Ropa	\$	\$
Cenar fuera/Comida para llevar	\$	\$
<input type="checkbox"/> Cable <input type="checkbox"/> Internet	\$	\$
Cuidado de mascotas	\$	\$
Otro entretenimiento	\$	\$
<input type="checkbox"/> Préstamo personal o <input type="checkbox"/> Préstamo educativo	\$	\$
Nombre de la tarjeta de crédito	\$	\$
Nombre de la tarjeta de crédito	\$	\$
Nombre de la tarjeta de crédito	\$	\$
Nombre de la tarjeta de crédito	\$	\$
Otros gastos mensuales (especifique)	\$	\$
Gastos mensuales totales	\$	\$

Reste sus gastos mensuales totales de sus ingresos mensuales totales:

Ingresos mensuales totales \$ _____

Gastos mensuales totales (reste) \$ _____

Saldo mensual de ingresos discrecionales \$ _____

CERTIFICACIÓN Y FIRMAS

Certifico/Certificamos que he/hemos leído y entendido esta solicitud de préstamo. Entiendo/Entendemos que esta es una solicitud de fondos y que tendré/tendremos que pagar el préstamo con intereses mensualmente. La falta de pago dará como resultado acciones adicionales y procedimientos de cobranza que pueden resultar en la recuperación del equipo u otra acción determinada durante el tiempo de cobranza. Certifico/Certificamos que la información contenida en la solicitud es exacta y completa. Entiendo/Entendemos que cualquier información incorrecta o engañosa en la solicitud y/o los archivos adjuntos podría resultar en la denegación de la solicitud de préstamo o la terminación del préstamo.

Entiendo/Entendemos que la información contenida en la solicitud se utilizará para revisar y aprobar o rechazar la solicitud de préstamo. Por la presente, autorizo/autorizamos al Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act, al comité de préstamos (si es necesario) y al Berkshire Bank (la institución de gestión) para verificar que la información contenida en la solicitud de préstamo es correcta.

Reconozco/Reconocemos que el Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto de la Ley de Tecnología de Asistencia de CT y Berkshire Bank (la institución de gestión) tienen acceso a esta solicitud y a cualquier otra información adjunta a la solicitud u obtenida al revisar la solicitud de préstamo. Entiendo/Entendemos que estas dos entidades tienen el derecho de intercambiar información personal entre sí en relación con la solicitud, los informes de crédito o cualquier otra información pertinente para procesar la solicitud de préstamo.

Otorgo/Otorgamos al Berkshire Bank (la institución de gestión) y/o al Programa de Préstamo de Tecnología Asistencial del Proyecto CT Tech Act para hacer todas las consultas que se consideren necesarias con el fin de verificar la exactitud de la información contenida en este documento y para determinar la solvencia crediticia del suscrito.

Entiendo/Entendemos que el Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act y el Berkshire Bank (la institución de gestión) no son responsables si la tecnología de asistencia solicitada no funciona o no es adecuada para mis necesidades. Entiendo/Entendemos que es mi/nuestra responsabilidad encargarme/encargarnos de las reparaciones, el mantenimiento y el seguro (si corresponde) a menos que se especifique lo contrario en otra parte durante el proceso de aprobación del préstamo

Firma del solicitante

Nombre del solicitante (en letras de imprenta)

Fecha

Firma del co-solicitante

Nombre del co-solicitante (en letras de imprenta)

Fecha

Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EL INFORME DE CRÉDITO

Nombre/Información del solicitante

Nombre: _____

Apellidos

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección actual: _____

Dirección anterior si tiene menos de dos años en la dirección actual: _____

Propósito de la información crediticia

El informe se utiliza para revisar la solicitud de préstamo del solicitante al Programa de Préstamo de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act.

Autorización del solicitante:

Por la presente autorizo al Programa de Préstamo de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act y a su institución de gestión, Berkshire Bank, a obtener un informe de crédito para los fines indicados anteriormente y autorizo su divulgación. Autorizo a estas dos entidades a realizar todas las consultas que se consideren necesarias para determinar la solvencia del suscrito. Autorizo a cualquier persona o agencia de información crediticia a darle cualquier información que pueda tener sobre mí como el suscrito.

Firma del solicitante

Nombre del solicitante (en letras de imprenta)

Fecha

Programa de Préstamos de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EL INFORME DE CRÉDITO

Nombre/Información del co-solicitante (si corresponde)

Nombre: _____

Apellidos

Primer nombre

Inicial del 2.º nombre

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección actual: _____

Dirección anterior si tiene menos de dos años en la dirección actual: _____

Propósito de la información crediticia

El informe se utiliza para revisar la solicitud de préstamo del solicitante al Programa de Préstamo de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act.

Autorización del solicitante:

Por la presente autorizo al Programa de Préstamo de Tecnología de Asistencia del Proyecto CT Tech Act y a su institución de gestión, Berkshire Bank, a obtener un informe de crédito para los fines indicados anteriormente y autorizo su divulgación. Autorizo a estas dos entidades a realizar todas las consultas que se consideren necesarias para determinar la solvencia del suscrito. Autorizo a cualquier persona o agencia de información crediticia a darle cualquier información que pueda tener sobre mí como el suscrito.

Firma del co-solicitante

Nombre del co-solicitante (en letras de imprenta)

Fecha

Reconocimiento de intención de solicitar crédito conjunto

Firma requerida de cada solicitante cuando la solicitud es conjunta.

Certificamos que cada uno de nosotros tiene la intención de solicitar crédito conjuntamente y los ingresos o activos de cada persona se utilizarán como base para la calificación para el préstamo.

Solicitante:

Fecha

Solicitante:

Fecha

La siguiente lista de verificación es una referencia para que se asegure de tener un paquete de solicitud completo. Una solicitud no puede considerarse hasta que esté completa.

Un paquete de solicitud completo contendrá lo siguiente:

Incluido ✓

1.	Solicitud de Préstamo del Programa de Préstamos AT del Proyecto CT Tech Act	
2.	Identificación con foto (copia de la licencia de conducir válida o identificación del Estado de Connecticut)	
3.	Verificación de discapacidad (vea descripción más detallada a continuación)	
4.	Verificación de todos los ingresos a considerar para este préstamo (3-4 cheques de pago).	
5.	Presupuesto detallado del precio para el artículo específico que se comprará	
6.	Si un tercero paga una parte de la tecnología de asistencia, se requiere la verificación del pago. Esto incluye <u>subvenciones</u> o <u>donaciones</u> .	

Verificación de discapacidad (envíe uno de lo siguiente)

- Una declaración de un profesional médico tratante con licencia o trabajador social/trabajador de casos que indique cómo la discapacidad afecta sustancialmente una o más actividades importantes de la vida; •
- Prueba de inscripción en uno de lo siguiente:
 - Programa estatal de servicios de rehabilitación vocacional
 - Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
 - Inscripción en Medicare o Medicaid por discapacidad
 - Inscripción de la Administración de Veteranos por discapacidad
 - Inscripción en servicios educativos bajo un plan de servicio familiar individualizado (nacimiento a tres años) o plan de educación individualizado (IEP);

Verificación de ingresos (incluya todo lo siguiente que corresponda)

- Recibos de pago de su empleador durante los últimos tres períodos de pago
- Declaración de impuestos del IRS de los últimos dos años (solo si trabaja por cuenta propia)
- Carta de adjudicación o verificación de SSI o SSDI
- Manutención infantil/pensión alimenticia (opcional para consideración)

Solo para préstamos para vehículos

- Presupuesto de ventas que incluya equipo adaptativo o modificaciones además del costo del vehículo (si corresponde)
- Presupuesto del seguro que incluya cobertura del vehículo totalmente adaptado
- Informe de inspección de un mecánico certificado del vehículo y modificaciones (si el vehículo es usado)

Solo para rampas

- Presupuesto de rampas y prueba de que el contratista tiene licencia y garantía para hacer el trabajo
- Si usted es un inquilino que desea una rampa de la propiedad que alquila, debe incluir una carta del arrendador en la que acepta las modificaciones.

Para animales de asistencia/servicio solamente

- Una copia de un contrato firmado de la organización que capacita/monitorea a los socios de animales de asistencia
- Documentación de que el seguimiento de la organización se realizará al menos una vez al año durante la vigencia del préstamo con los socios animales de asistencia.

Para otros equipos usados

- Informe de inspección realizado por un profesional certificado de que el equipo está en buenas condiciones de funcionamiento.

Envíe la solicitud completa por correo a:

CT Tech Act Project
AT Loan Program (ATLP)
55 Farmington Avenue, 12th floor
Hartford, CT 06105

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, necesita un formato alternativo o si desea verificar el estado de su solicitud, comuníquese con nosotros en la dirección anterior, por teléfono llamando al (800) 537-2549 o (860) 424- 5619 o por correo electrónico en muriel.aparo@ct.gov.