



## DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

*Your Partner For A Stronger Arizona*

Douglas A. Ducey  
Governor

Timothy Jeffries  
Director

### PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA HOJA DE INSTRUCCIONES AL CLIENTE

- Adjunta es la hoja de chequeo para el Programa de Asistencia Telefónica (TAP).  
**(ESTE FORMULARIO NO ES UNA SOLICITUD)**
- Obligue a su médico llenar las secciones de “Sólo Para la Oficina de Médico” y “Confirmación de Necesidad Médica.
- Llame al \_\_\_\_\_ Para fijar una cita con su Centro local de Servicio a la
- Familia o Programa de Acción Comunitaria (CAP) para llenar una solicitud por el Programa de Asistencia Telefónica y recibir una lista de cosas que usted necesita llevar consigo a la cita.
- Al momento de su cita:
- Traiga su lista de chequeo del Programa de Asistencia Telefónica (TAP) con la sección de “Confirmación de Necesidad Médica ya llenado por su médico y todas las demás cosas listadas por su trabajador disponibles.
- Su trabajador de caso va a llenar la sección de “Solo para el uso del Centro de Servicio a la Familia o CAP” de la hoja de chequeo para el Programa de Asistencia Telefónica (TAP).
- Después de usted haya completado las instrucciones arriba, se le enviará su solicitud al Department of Economic Security, Division of Aging and Adult Services (DES – AAA) para tramitarla. Se le notificará por correo de su admisibilidad al programa.
- Trámite de solicitudes toma 30 hasta 45 días desde la fecha de solicitud.

**Si usted necesita más ayuda o información, por favor llame al  
602-542-4446 o Gratis al 1-800-582-5706**

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.

**ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY**  
 Division of Aging and Adult Services  
*(División de Servicios para Adultos y Personas de Edad Avanzadas)*

**TELEPHONE ASSISTANCE PROGRAM (TAP) CHECKSHEET**  
**LA HOJA DE CHEQUEO PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA TELEFÓNICA (TAP)**

El Department of Economic Security, Corporation Commission y Century Link administran conjuntamente el programa de asistencia telefónica en el Estado de Arizona. El programa proporcione asistencia a las personas de bajas ingresos con una necesidad médica. El Department of Economic Security y agencias locales de voluntarias realizan el proceso de solicitud. El programa paga los costos del servicio telefónico básico y de la instalación del equipo si se necesita. Le pedimos su ayuda para determinar la necesidad médica, la que permite a este hogar que tenga derecho a este programa.

**DOCTOR'S OFFICE USE ONLY**  
**CONFIRMATION OF MEDICAL NEEDS - OLO PARA EL USO DEL MÉDICO**

PATIENT'S NAME	PHONE NO.
----------------	-----------

PATIENT'S ADDRESS *(No. Street Apt. No., City, State Zip Code)*

The patient has a medical condition that would require a telephone in the household. The medical condition will require the availability of a telephone for approximately:

- Up to one year                     
  Two years or less                     
  Three years

DOCTOR'S NAME	PHONE NO.
---------------	-----------

DOCTOR'S ADDRESS *(No. Street Suite No., City, State, Zip Code)*

DOCTOR'S SIGNATURE	DATE
--------------------	------

**AGENCY USE ONLY**  
**FAMILY SERVICE CENTER OR COMMUNITY ACTION PROGRAM (CAP)**

YES    NO

- The home is wired for telephone service  
     Has the household had land-line telephone service in the past 90 days?  
     The doctor's signed statement indicates applicant's medical need.  
     The doctor's signed statement indicates applicant's medical crisis

The medical need will last (Check appropriate box)

- Up to one year                     
  Two years or less                     
  Three years

YES    NO    Is the caseworker providing certification for TAP?

- (Worker certification is only valid for 1 year)*

WORKER'S SIGNATURE	DATE
--------------------	------

**If you have any questions regarding this form, please call the TAP office  
 at 542-6600 or 1-800-582-5706.**

**THIS FORM IS ONLY VALID FOR 60 DAYS AFTER THE DOCTOR'S SIGNATURE DATE.  
 PLEASE, DO NOT MAIL THIS FORM. SEE INSTRUCTIONS ON REVERSE SIDE.**