

# FORMULARIO DE PEDIDO DE PRÉSTAMO DE APARATOS

## 1. Complete la siguiente información sobre la persona que solicita el equipo

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo \_\_\_\_\_

### DEBEN INCLUIRSE DOS NÚMEROS DE TELÉFONO

Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tipo de individuo o entidad que solicita el equipo (por favor seleccione UNA respuesta, la que mejor describa la función desde la que hace el pedido del equipo)

- Individuo con una discapacidad
- Familiar, tutor o representante autorizado
- Organización educativa
- Empleador o negocio
- Proveedor de empleo y/o servicios de capacitación
- Organización de salud, auxiliar de salud o de rehabilitación
- Profesional de tecnología informática

La razón principal por la que yo (o la persona a la que represento) necesito un aparato o servicio de AT está relacionado a

**Educación** - participación en cualquier tipo de programa educativo (si selecciona educación, por favor incluya lo siguiente)

#### Nivel de grado académico (seleccione uno)

Número de referencia de ISBE (si corresponde) \_\_\_\_\_

- Primaria
- Intermedia
- Secundaria

#### Logar donde se usará (seleccione uno)

- Ambiente de educación general
- Hogar
- Ambientes múltiples

#### Propósito para el aparato (seleccione uno)

- Acceso a/Participación en educación general
- Acceso a/Participación en programa comunitario o vocacional
- Acceso a/Participación en redes sociales
- Otro especifique \_\_\_\_\_

## Información de la escuela

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

**Vida comunitaria** - realizar actividades diarias, participar en actividades comunitarias, usar servicios comunitarios o vivir en forma independiente.

**Empleo** - encontrar o mantener un empleo, obtener un trabajo mejor o participar en un programa de capacitación laboral, programa de rehabilitación vocacional u otro programa relacionado a empleo.

**Tecnología informática/Telecomunicaciones** - uso de computadoras, software, sitios web teléfonos, equipo de oficina y medios de comunicación.

¿Pide prestado equipo de tecnología de asistencia de alguna otra fuente  Sí  No

Si la respuesta es Sí, por favor especifique de dónde \_\_\_\_\_

Por favor indique si usted está recibiendo o ha recibido servicios de cualquier sección (o división) del Illinois Department of Human Services \_\_\_\_\_

### Division of Family Community Services

- Asistencia en efectivo
- Cupones de alimentos / SNAP
- Tarjeta de asistencia médica

### Division of Developmental Disabilities Services

- Intervención temprana
- Servicios Diurnos
- Apoyos en el hogar
- CILA
- Hogar Grupal
- Geriátricos de ICF-DD
- Otro especifique \_\_\_\_\_

### Division of Rehabilitation Services

- Programa de Servicios en el hogar
- Servicios de rehabilitación vocacional
- Programa residencial para ciegos/impedidos visuales de ICRE-Wood
- Rehabilitación para ciegos/impedidos visuales
- Servicios para ancianos ciegos
- Escuelas para Sordos o Impedidos Visuales, o ICRE-Roosevelt
- Otro especifique \_\_\_\_\_

### Division of Mental Health Services

- Servicios de salud mental comunitarios
- Otro especifique \_\_\_\_\_

¿Es usted elegible para Medicaid?  Si  No

**2. Complete esta sección para la persona que usará el equipo**

Edad

0 - 5  6 - 21  22- 65  65 +

Discapacidad \_\_\_\_\_

Raza/Etnia  Afro-americano  Asiático  Caucásico  Latino  
 Otro especifique \_\_\_\_\_

**3. Equipo solicitado**

Nombre del artículo \_\_\_\_\_

Nombre del artículo \_\_\_\_\_

Nombre del artículo \_\_\_\_\_

Nombre del artículo \_\_\_\_\_

**Por favor indique aquí si los manuales NO SON necesarios con el equipo solicitado.**

**4. Propósito principal (por favor seleccione solo una respuesta, la que mejor describa el propósito por el que está solicitando el equipo)**

- Ayuda en la toma de decisiones (prueba o evaluación del aparato)
- Préstamo durante reparaciones o mientras se espera financiamiento
- Ofrece acomodación en el corto plazo
- Otro especifique \_\_\_\_\_

**5. Dirección para entrega donde alguien está disponible de lunes a viernes de 9 AM a 5 PM. No use números de apartados de correo (P.O. Box en inglés) como dirección para el envío - usted debe incluir una calle de referencia. Si el envío irá a un gran edificio, usted debe especificar el departamento y/o número de oficina.**

**Si la dirección de la persona que solicita el equipo es la misma, indíquelo aquí y continúe a la sección 6.**

Nombre completo \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Organización/Agencia \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

N.º de departamento/oficina \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

**6. Por favor lea y firme las DOS declaraciones, Borrower's Responsibility and Liability (Responsabilidad y Obligación del Prestatario) y Release of Liability (Liberación de Responsabilidad). La persona que es responsable por este préstamo debe firmar ambas declaraciones.**

**Responsabilidad y Obligación del Prestatario**

Yo/nosotros entiendo y acepto que soy/somos responsable por el manejo, almacenamiento, uso, cuidado y mantenimiento adecuado del aparato(s), componente(s) o accesorio(s) que me han prestado a mí/nosotros.

Yo/nosotros pagaré el costo de envío y devolución de todo aparato(s), componente(s) o accesorio(s) a Illinois Assistive Technology Program antes o en la fecha de vencimiento indicado aquí o al momento de recibir un pedido escrito del mismo.

En caso de que yo/nosotros pierda el aparato(s), componente(s) o accesorio(s), yo/nosotros seré responsable por el valor de reemplazo actual del mismo. Adicionalmente, yo/nosotros contactaré inmediatamente a Illinois Assistive Technology Program al 1-800-852-5110 V/TTY.

En caso de robo del aparato(s), componente(s) o accesorio(s), yo/nosotros no seré responsable, por lo tanto, informaré inmediatamente a la agencia policial o de seguridad local y entregaré una copia de ese reporte a Illinois Assistive Technology Program.

En caso que el aparato(s), componente(s) o accesorio(s) se descomponga o falle, yo/nosotros notificaré de inmediato a Illinois Assistive Technology Program al 1-800-852-5110 V/TTY.

Illinois Assistive Technology Program puede exigir que yo/nosotros presente una garantía u otra seguridad para asegurar mi/nuestra obligación establecida a continuación. Yo/nosotros seré responsable por cada y todos los daños o disminución del valor del aparato(s), componente(s) y accesorio(s) más allá del desgaste normal determinado exclusivamente por Illinois Assistive Technology Program.

Yo/nosotros también debo enviar a Illinois Assistive Technology Program cada y toda ganancia pagada por el seguro que represente el valor del aparato(s), componente(s) o accesorio(s) provisto por las pólizas de seguro que cubren mi/nuestra residencia y su contenido, incluyendo pero sin limitarse al seguro para propietarios o inquilinos.

Yo/nosotros no comprometeré, asignaré, transferiré ni daré ningún interés al aparato(s), componente(s) y accesorio(s) a terceros. Illinois Assistive Technology Program recibirá y yo/nosotros pagaré y seré responsable por todos los costos asociados a la devolución del aparato(s), componente(s) y accesorio(s), incluyendo pero sin limitarse a costos y gastos de pleito judicial, gastos y costos razonables de abogados, costos de reposición y todo otro costo razonable incurridos por Illinois Assistive Technology Program.

La sede estará en el Séptimo Circuito Judicial del condado de Sangamon en Illinois, para cualquier y toda demanda referida al aparato(s), componente(s) y accesorio(s).

Yo/nosotros entiendo que es ilegal copiar o distribuir cualquier software o hardware patentado que ha sido prestado por Illinois Assistive Technology Program. Al finalizar el término del préstamo, si yo/nosotros hubiera instalado tal software en mi/nuestra computadora, yo/nosotros eliminaré tal software de la misma.

Bajo la exclusiva discreción de Illinois Assistive Technology Program, mi/nuestra habilidad de volver a participar en programas, subsidios o préstamos de Illinois Assistive Technology Program y todos sus programas relacionados, pueden ser suspendidos por un período de tiempo o indefinidamente por no haber obedecido a lo estipulado en el Formulario de Pedido y todas sus obligaciones incluyendo pero sin limitarse al incumplimiento de devolver los aparato(s), componente(s) y accesorio(s) de manera puntual; incumplimiento en el pago de alguno o todos los costos o gastos que son la responsabilidad del prestatario; y, la devolución de todo aparato(s), componente(s) o accesorio(s) en una condición que está más allá de un desgaste normal.

---

Firma del prestatario

---

Fecha

---

Firma del prestatario

---

Fecha

## **Liberación de Responsabilidad**

Yo acuerdo indemnizar y liberar de toda responsabilidad a Illinois Assistive Technology Program y a cualquiera y todos sus empleados, agentes o representantes del mismo, por daños a la propiedad o lesiones (incluyendo la muerte) a mí mismo, y/o a otra persona, y por cualquier otra pérdida, daños, gastos, reclamos, demandas, pleitos legales y acciones de terceros en contra de Illinois Assistive Technology Program y a cualquiera y todos sus empleados, agentes o representantes del mismo, en conexión con el préstamo(s) de Illinois Assistive Technology Program.

---

Firma del prestatario

---

Fecha

**Devuelva este formulario completo y FIRMADO a Illinois Assistive Technology Program, Atención: Nikki Schultz, 1020 South Spring Street, Springfield, Illinois 62704.**