

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, 701 N Walnut, Springfield, Illinois 62702.