

¡SALUDOS DEL PROGRAMA DE LIBROS QUE HABLAN!

Gracias por su interés en nuestro servicio bibliotecario. Queremos trabajar con usted para diseñar un programa que mejor realice sus intereses y necesidades de lectura.

Por favor **firmé el acuerdo de aplicante** y lea la sección de certificación en la última página con mucho cuidado; requiere la firma **original** de su autoridad certificadora. Una vez que se haya recibido su aplicación, un consultante de lectura le llamará para hablar de nuestros servicios en mayor detalle.

Por ley, preferencia en el préstamo de libros y equipo es dado a veteranos. Por favor proporcione una copia del Formulario DD-214 como verificación.

EL ACUERDO DE APLICANTE

Lo siguiente es la responsabilidad de los usuarios del Programa de Libros que Hablan:

1. Devuelva las máquinas prestadas a usted cuando usted deje de usar los materiales de lectura proveídos por el Programa de Libros que Hablan de Texas.
2. Notifique a la biblioteca de cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
3. Guarde con cuidado los materiales y máquinas.
4. Pedir prestado libros y/o revistas al menos una vez al año.
5. Leer y devolver los libros dentro de 45 días de haberlos recibido, para permitir a otros la oportunidad de leer.

Entiendo las citadas responsabilidades y estoy de acuerdo en practicarlos.

La firma de aplicante o custodio legal _____

Por favor envíe esta aplicación y acuerdo completados a:

**Talking Book Program
PO Box 12927
Austin TX 78711-2927**

Nuestro objetivo es proveer a usted un programa de lectura de primera orden.

Esperamos recibir su aplicación muy pronto.

**Programa de Libros que Hablan
La Biblioteca del Estado de Texas y Comisión de Archivos**



Servicios Bibliotecarios Para Personas Con Impedimento Para Leer

Llame gratis al 1-800-252-9605; en Austin, 463-5458
Horario: Lunes a Viernes 8:00 a 5:00

La Biblioteca del Estado de Texas y Comisión de Archivos provee servicios bibliotecarios a tejanos que tienen impedimento para leer dado a problemas con la vista, físicos, o limitación para leer. Para participar en este servicio gratis, complete la siguiente aplicación y devuélvala al: **Texas State Library Talking Book Program, PO Box 12927, Austin, Texas, 78711-2927.** Información requerida para tomar materiales prestados de la Biblioteca del Congreso será mantenida en confianza.

Por ley, preferencia es dada a veteranos en el préstamo de libros y equipo. Indique aquí si usted ha sido honorablemente descargado de las fuerzas armadas de EE UU. **Usted debe proporcionar una copia del Formulario DD-214 como verificación.**

Calificados deben ser residentes de los EE.UU., o ciudadanos viviendo en el extranjero.

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

Nombre _____ **Sexo** F M

nombre completo

Dirección _____

Ciudad _____ **TX** _____ **Código Postal** _____

Teléfono _____
código de área y domicilio *trabajo* *Correo electrónico*

Fecha de nacimiento _____ **Idioma Primario** Inglés Español
mes día año Otra (*especificar*) _____

Tratamos de hacer contacto, por teléfono, con cada aplicante. Si por alguna razón nosotros no podemos conseguirlo por teléfono, o prefiere no ser comunicado por teléfono, favor de dar el nombre y número del teléfono de otra persona que pueda discutir los servicios disponibles. Si usted es menor de edad, favor de dar el nombre y número del teléfono de uno de sus padres, o guardián.

Contacto Alternativo:

1. Nombre _____

2. Nombre _____

Teléfono _____
código de área y domicilio *trabajo*

Teléfono _____
código de área y domicilio *trabajo*

E-correo _____

E-correo _____

¿Tendría el contacto(s) la autorización de pedir libros o hacer cambios a su perfil?

Sí No. Si no, contacto autorizado: _____

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD - INDIQUE SU IMPEDIMENTO ABAJO:

- Ceguera** Agudeza visual de 20/200 o menos en el ojo mejor con anteojos correctivos, o el diámetro mejor de campo visual alcanza una distancia angular menor de 20 grados.
- Impedimento visual** Inhabilidad de leer materiales de imprimida corriente sin la **visual** ayuda especial o mecanismos que no sean anteojos corrientes.
- Impedimento físico** Inhabilidad de leer materiales de imprimida corriente por causa **física** de limitaciones físicas, como parálisis, extrema debilidad, pérdidas de brazos o manos.
- Impedimento para leer** Funcionamiento orgánico de tal severidad que prohíba el leer de materiales escritos de una manera normal. **Para esta categoría, se requiere un doctor con autoridad certificada en medicina o osteopatía que puede consultar con colegas en disciplinas asociadas.**
- Sordera y ceguera** Sordera es: moderada profunda

COMPLETADO POR LA AUTORIDAD CERTIFICADA

“Autoridad certificada” es definida para incluir doctores de medicina y osteopatía, oftalmólogos, optómetras, enfermeros registrados, terapeutas, el cuerpo profesional de hospitales, instituciones y agencias de servicios públicos o sociales (trabajadores sociales, consejeros, consejeros de rehabilitación vocacional, maestros privados, y superintendentes). En la ausencia de cualquier de estos, la certificación puede ser hecha por bibliotecarios o clero profesionales. **En el caso de impedimento para leer, la autoridad certificada tiene que ser un doctor de medicina o osteopatía.** Certificadores no pueden certificar sus propios parientes. Llene por favor la información siguiente completamente.

Certifico que el aplicante nombrado tiene la inhabilidad de leer o usar materiales de imprimida corriente por la razón (razones) indicada arriba.

Firma _____ Título _____
se requiere una firma original

Nombre _____ Organización _____
favor de usar letra de molde

Dirección _____
calle ciudad
TX _____
estado código postal

Teléfono _____ E-correo _____
código de área trabajo

fecha _____