

# ¡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 imprenta corriente sin la **visual** ayuda especial o mecanismos que no sean anteojos corrientes.
- Impedimento físico** Inhabilidad de leer materiales de imprenta 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 imprenta 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 \_\_\_\_\_