

# ¡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 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. Pida prestado libros y/o revistas al menos una vez al año.
5. Lea y devuelva 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 practicarlas.

**La firma de aplicante o tutor legal** \_\_\_\_\_

Por favor envíe esta aplicación y acuerdo completados a:  
**Talking Book Program, PO Box 12927, Austin TX 78711-2927**  
**o por fax a 512-936-0685, o por email a [tbp.services@tsl.texas.gov](mailto:tbp.services@tsl.texas.gov)**

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 o 512-463-5458 en Austin  
Fax 512-936-0685 Email: [tbp.services@tsl.texas.gov](mailto:tbp.services@tsl.texas.gov)

Horario: Lunes a Viernes  
8:00 am a 12:00 pm  
1:00 pm a 5:00 pm

La Biblioteca del Estado de Texas y Comisión de Archivos provee servicios bibliotecarios a texanos que tienen impedimento para leer dado a problemas con la vista, físicos, o limitación para leer. Para participar en este servicio gratis, complete la aplicación y devuélvala a **Texas State Library Talking Book Program por correo, email, o fax**. La información requerida para tomar materiales prestados de la Biblioteca del Congreso es confidencial.

Por ley, preferencia es dada a veteranos en el préstamo de libros y equipo. Indique aquí si usted ha sido honorablemente dado de baja 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* *email*

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Idioma Primario**  Inglés  Español  
*mes día año*  Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

**Tratamos de hacer contacto, por teléfono, con cada aplicante.** Si por alguna razón 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 tutor legal.

**Contacto Alternativo:**

**1. Nombre** \_\_\_\_\_

**2. Nombre** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

*código de área y domicilio* *trabajo*

*código de área y domicilio* *trabajo*

**email** \_\_\_\_\_

**email** \_\_\_\_\_

¿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** Debe tener agudeza visual de 20/200 o menos en el ojo más sano con anteojos correctivos, o el diámetro mayor de campo visual debe alcanzar una distancia angular menor de 20 grados.
- Impedimento visual** Inhabilidad para leer materiales impresos con letra de tamaño normal sin la ayuda **visual** de aparatos de aumento que no sean anteojos comunes o corrientes.
- Impedimento físico** Inhabilidad para leer materiales impresos con letra de tamaño normal por causa de limitaciones **físicas**, como parálisis, extrema debilidad, pérdidas de brazos o manos.
- Impedimento para leer** Disfunción orgánica de tal severidad que prohíba el lectura normal de materiales escritos. **Para esta categoría, se requiere un doctor con autoridad certificada en medicina u 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 cualquiera de estos, la certificación puede ser hecha por bibliotecarios o miembros del clero. **En el caso de impedimento para leer, la autoridad certificada tiene que ser un doctor de medicina u osteopatía.** Los certificadores no pueden certificar a sus propios parientes. Llene por favor la información siguiente completamente.

Certifico que el aplicante nombrado tiene la inhabilidad de leer o usar materiales impresos con letra de tamaño normal 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 \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
*código de área trabajo*

fecha \_\_\_\_\_