

Dibuje un círculo alrededor del sitio de acceso AT:    NE    SE    NC    SC    NW    SW

## KANSAS

### TAP

#### Programa de acceso de telecomunicaciones

Devuelva la solicitud completa a:

ATK-TAP

2601 Gabriel

Parsons, KS 67357

Información de contacto:

Teléfono gratuito: 800-KAN DO IT (800-526-3648)

Gerencia: 866-666-1470

FAX: 620-421-0954

#### Aplicación para Teléfonos Adaptados; Señaladores y Accesorios

##### Datos Personales (completado por solicitante)

Nombre (Primero, Segundo nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Dirección (Buzón no aceptado): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto alterna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No      Soy residente de Kansas.

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No      Tengo servicio de teléfono en mi residencia.

Sí  No      Tengo una discapacidad que interfiere con el uso del teléfono.

Sí  No      Tengo un ingreso bruto del hogar que es inferior a \$55,000 cada año  
(pueden agregar \$3,000 por cada dependiente reclamado.)

*(KS TAP reserva el derecho de pedir pruebas de documentación de ingresos. El rechazo de proveer la documentación que pedimos resultará en la negación de su solicitud.)*

Por favor indique su(s) discapacidad(es):

Invidente o Perdida de Visión    Desarrollo Cognitivo    Sordo o déficit auditivo

Perdida de Visión y Oído    Discapacitado Físico/Locomotor    Con discapacidad del habla

Yo verifico bajo pena de perjurio que lo de arriba es verdadero y correcto.

Firma de solicitante o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Información de Instrucciones de Entrega** (a completar por solicitante)

Indique sólo uno:

Me gustaría el personal de TAP para ordenar mi equipo y envíamelo.

Por favor pide mi equipo y lo manda a un instalador en mi regional sitio acceso de AT.

Por favor pide mi equipo y lo manda a cuidado de la persona bajo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código): \_\_\_\_\_

**Información de Equipo** (a completar por solicitante)

Si usted tiene problemas para decidir, hable o visite a uno de los centros de demostración.

**Categoría A: Teléfonos y Accesorios (Cheque solo las herramientas que)**

- Teléfono Inalámbrico Amplificado
- Teléfono con Cable Amplificado
- Números Grandes
- Teclas Numéricas Parlantes
- Botón Retroiluminado
- Manos Libres
- Identificador de Llamadas
- Habla Lento
- Teléfono de Respuesta a Emergencias con Colgante
- Teléfono con Botón Fotográfico
- Amplificación del Habla para Laringectomizados (TeliTalk) con Teléfono
- Teletipo (TTY)
- Comunicador de Telecomunicaciones para sordociegos
- Teléfono de Transmisión de Voz (VCO) Traspaso de la Audición (HCO)

Manos Libres (Control de Voz) Teléfono  **Teléfono Subtitulado (SUBTel fono):**

- Accesorios de Teléfono Manos Libres
- (cheque como necesario):
- Auriculares
- Micrófono de Solapa
- Interruptor de Soplo
- Marcador de voz en Línea
- 840 PLUS (Si no internet, ordene este teléfono)
- 840i (Requiere Internet de Alta Velocidad)
- 880i (Pantalla Extra Grande)
- 2400 (Pantalla Táctil)
- 880 BT (Pantalla Braille)

¿Sabe usted cuál es el modelo específico que desea?  
Si sí, díganos: \_\_\_\_\_

¿Fueron demostrados a Ud. los dispositivos por el personal de un Centro de Demostración, listado en página cuatro?  Sí  No

**Categoría B: Señaladores**

No se requiere señalador en este momento

- Luz Intermitente/Señalador Visual
- Señalador Táctil
- Timbre Fuerte
- Timbre Fuerte/Señalador Visual en Combinación

**Categoría C: Entrenamiento**

- No necesito entrenamiento en mi equipo nuevo TAP
- Yo llamaré a mi Sitio de Acceso regional AT (800-526-3648) después de recibir mi equipo para programar una cita si se necesita entrenamiento.

**Centros de Demostración:** Si tiene problemas para decidirse, puede llamar a uno de los Centros de **Demostración** para una cita.

**Western AT Access Site (Sitio de Acceso Occidental AT)**

Northwest Kansas Educational Service Center  
703 West Second Street  
Oakley, KS 67748  
TELÉFONO: (785) 672- 3125 – FAX: (785) 672- 3175

**North Central AT Access Site (Sitio de Acceso Central Norte AT)**

OOCK, Inc. – Solution Outreach Center  
1605 W. Schilling Rd., PO Box 1160  
Salina, KS 67401  
TELÉFONO: (785) 827-9383 - FAX: (785) 289-9862

**Northeast AT Access Site (Sitio de Acceso Noreste AT)**

Topeka Resource Center for Independent Living  
(TILRC)  
501 Southwest Jackson St.  
Topeka, Kansas 66603- 3300  
TELÉFONO: (785) 233-4572; FAX: (785) 233-1561

**Three Rivers Independent Living**

504 Miller Drive, PO Box 408  
Wamego, KS 66547  
TELÉFONO: 1-800-555-3994  
(785) 456- 9915 (V/TDD)

**LINK**

2401 E. 13<sup>th</sup> Street,  
Hays, KS 67601  
TELÉFONO: (785) 625-6942 (V/TDD)

**Independence Inc.**

2001 Haskell Ave., Lawrence, KS 66046

TELÉFONO: (785) 841-0333

**South Central AT Access Site (Sitio de Acceso Central Sur AT)**

Southeast Kansas Independent Living

3033 West Second St. North, Suite 106

Wichita, KS 67203

TELÉFONO: (316) 942-5444

FAX: (316) 942-3311

**Southeast AT Access Site (Sitio de Acceso Sureste AT)**

Southeast Kansas Independent Living

1714 Main Street,

Parsons, KS 67357

TELÉFONO: (620) 421-6551

FAX: (620) 423-3505

**Southwest AT Access Site (Sitio de Acceso Suroeste AT)**

302 N. Fleming, Suite 8E

Garden City, KS 67846

CELL: (785) 673- 9609;

TELÉFONO a NKESC: (785) 672-3125

FAX en Sitio de Acceso Occidental AT: (785) 672-3175

**Prairie Independent Living (PILR- Dodge City)**

236 San Jose Drive, PO Box 4

Dodge City, KS 67801

TELÉFONO: Voz: (620) 371-7690

**Prairie Independent Living (PILR)**

17 S. Main Street

Hutchinson, KS 67501

TELÉFONO: 1-800- 715-6818

(620) 663-9920 (TDD)

**Certificado de discapacidad (completado por uno de los siguientes:**

**Toda la información debe ser completada.**

**Soy licenciad(o/a):** \_\_\_\_\_ Audiólogo(o/a)    \_\_\_\_\_ Doctor(a)    \_\_\_\_\_ Oftalmólogo(o/a)  
\_\_\_\_\_ Optometrista    \_\_\_\_\_ Logoped(o/a)    \_\_\_\_\_ Consejero de Rehabilitación Vocacional  
\_\_\_\_\_ Enfermero Facultativo    \_\_\_\_\_ Médico Asociado

**Por favor indique su(s) discapacidad(es) por certificar:**

\_\_\_\_\_ Invidente o Pérdida de Visión    \_\_\_\_\_ Desarrollo Cognitivo    \_\_\_\_\_ Sordo o Déficit Auditivo  
\_\_\_\_\_ Pérdida de Visión y Oído    \_\_\_\_\_ Con dificultad en el habla    \_\_\_\_\_ Discapacitado Físico/Locomotor

**Nombre de Certificador Autorizado (escrito o digitado):** \_\_\_\_\_

**Número de Autorización Estatal o Número de Certificación:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Código Postal:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

Yo certifico que (nombre de solicitante) \_\_\_\_\_

tiene una discapacidad que requiere equipos especializados de telecomunicaciones para poder usar efectivamente el teléfono.

**Firma de Certificador Autorizado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_