

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

## KANSAS

### TAP

#### Programa 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)

Gestión de acceso en 866-666-1470

FAX/Mandar por fax: 620-421-0954

#### Aplicación para Teléfonos Inteligentes (Celular) y Tabletas

Este solicitud es para un teléfono inteligente o una tableta. Si no quiere ni un teléfono inteligente ni una tableta, por favor use la Solicitud de Kansas TAP para Teléfonos Adaptados y Señaladores/Accessorios.

#### 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 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.)
- Sí  No Una página de mi factura de teléfono con mi nombre, número y  
proveedor O copia de la frente y el reverso de una tarjeta telefónica prepago con el número  
rasgado en el reverso y el recibo de pago.

Nota: Toda la información arriba debe ser **marcada** "SI" para que la solicitud sea aprobada.

*(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.)*

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

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

---

**Centros de Demostración:** Si tiene problemas para decidirse, puede telefonar uno de 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: 1-800-569-5926  
(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, 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    \_\_\_\_\_ Sordo o Déficit Auditivo    \_\_\_\_\_ Desarrollo Cognitivo  
\_\_\_\_\_ Pérdida de Visión y Oído    \_\_\_\_\_ Discapacidad del habla    \_\_\_\_\_ Discapacidades Motoras Finas

\*Si usted marcó desarrollo cognitivo o discapacidades motoras finas, por favor explique por qué solicitante no puede usar un teléfono tradicional o un celular:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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:** \_\_\_\_\_