



SOLICITUD DE LA BIBLIOTECA DE PRÉSTAMOS DE TECNOLOGÍA DE ASISTENCIA

Nombre del prestatario: _____

Dirección: _____ País: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Correo electrónico: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

Nombre del padre/tutor, cónyuge, pareja o pariente más cercano: _____

Discapacidad: _____

¿El prestatario es lo siguiente?:

- Una persona con una discapacidad
- Un miembro de la familia, tutor o representante
- Un representante de Educación
- Un representante de Empleo
- Un representante de Salud, Aliados de la Salud, Rehabilitación
- Un representante de Vida Comunitaria
- Un representante de Tecnología

¿Para qué tareas le gustaría utilizar la tecnología de asistencia? _____

¿Cómo se enteró la persona sobre el Assistive Technology Center? _____

Motivo del préstamo (marque uno):

- Prueba o evaluación del dispositivo (para averiguar qué tipo de dispositivo/si un dispositivo puede ayudar)
- Desarrollo profesional/divulgación/capacitación
- Alojamiento (para usar en un entorno de trabajo o durante un evento público)
- Para servir de préstamo durante la reparación del dispositivo o mientras se espera la financiación

Situación militar: Servicio activo Guardia nacional/reserva Veterano
 Miembro de la familia militar/veterano (hijo, cónyuge o padre) N/A

OPCIONAL: la información se utiliza únicamente con fines de seguimiento. La información se mantiene confidencial.

Indique con qué grupo étnico se identifica:

Afroamericano Asiático-americano Caucásico Hispánico
 Indígena americano Múltiples etnias Otro

Acuerdo de la Biblioteca de Préstamos de Tecnología de Asistencia de Easterseals Iowa:

Requisitos: las personas que residen en Iowa, incluidas las personas con discapacidades, los miembros de la familia, los maestros, los profesionales de la salud, etc., cumplen con los requisitos para el programa. Se pueden prestar hasta cinco artículos en cualquier momento, por un máximo de 30 días. Una persona puede acceder a una cantidad ilimitada de artículos en un año determinado. El prestatario es responsable de recoger todos los artículos de la Biblioteca de Préstamos del Assistive Technology Center de Easterseals Iowa y el prestatario es responsable de todos los gastos de la devolución de los artículos a Easterseals Iowa.

Estado de los artículos: devuelva los artículos limpios y funcionando, con todas las piezas y antes de la fecha de vencimiento. De no ser posible, comuníquese con Easterseals Iowa para determinar si se puede prorrogar la fecha del préstamo. Informe cualquier daño o problema cuando devuelva los artículos. Entiendo y acepto que soy responsable del manejo y uso adecuados de los dispositivos.

Reparación/reemplazo: el prestatario abajo firmante acepta ser responsable del costo de reparación o reemplazo de artículos prestados por Easterseals Iowa que puedan dañarse, destruirse, perderse o alterarse de cualquier otra manera durante el uso, o si el artículo no se devuelve en la fecha de vencimiento. Easterseals Iowa se reserva el derecho de facturar al prestatario el costo de reemplazo del artículo. Easterseals Iowa se reserva el derecho de negar el acceso a los prestatarios si no se devuelven los artículos. Si no se devuelven los artículos, Easterseals Iowa se reserva el derecho de no prestar más artículos a esa persona.

Protección de los derechos de autor: Easterseals Iowa cumple con todas las leyes de préstamos y derechos de autor que rigen la duplicación ilegal de software informático y manuales de software con derechos de autor. El prestatario reconoce que este material está

protegido por las leyes de derechos de autor y se compromete a no hacer copias, a retirar el software con fondos federales o estatales en beneficio de las personas con discapacidad y a no utilizarlo para beneficio privado o uso comercial por parte de alguna persona o entidad.

Easterseals Iowa Assistive Technology Center no recopila números de seguro social, información de seguros ni identificación personal de ninguna persona.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Artículos ponderados: si está interesado en prestar un artículo ponderado, este no debe pesar más del 10 % del peso corporal total del usuario. El artículo ponderado no debe usarse más de 20 minutos a la vez con la supervisión de un adulto en todo momento. Si se solicita un artículo ponderado con peso adicional, se requiere un plan de ponderación y la evaluación de un médico.

He leído y acepto la declaración anterior.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Exención de responsabilidad:

El abajo firmante, de forma individual o como padre o tutor, en reconocimiento parcial de los servicios prestados y los beneficios conferidos por Easterseals Iowa, por la presente libera y exime para siempre a Easterseals Iowa, sus agentes y cesionarios, de todos y cada uno de los reclamos, demandas o acciones, o litigios de cualquier tipo o naturaleza de daños sufridos por el cliente mencionado anteriormente o que se acumulen para el abajo firmante como consecuencia de cualquier accidente o suceso resultante del uso de equipos médicos duraderos o la participación en cualquier programa de Easterseals Iowa, y cuando el cliente mencionado anteriormente no se encuentra en las instalaciones de Easterseals Iowa y se dedique a cualquier empresa o actividad únicamente en su propio nombre.

Firma del responsable: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Solo para uso en oficina: descripción de la tecnología de asistencia y números de identificación prestados:

Fecha de alta: _____ Fecha de devolución: _____

Firma del miembro del equipo: _____

***Revisado el 10-10-2023**