



Sordos y Con Problemas de Audición

Programa Gratuito de Alarma de Humo

FORMULARIO DE PEDIDO

Por favor regrese a OSFM, kelly.ingold@ks.gov o Fax # 785-296-0151
Correo: 800 SW Jackson, Suite 104, Topeka, KS 66612-1216. Llame al 785-291-3586.

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Para participar en el programa debe...

- Responder todas las preguntas de este formulario
- Ser un residente de Kansas
- NO vivir en una instalación institucional (dormitorio, residencia de ancianos, etc.)

Nombre de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto Alternativo: _____ Teléfono: _____

Departamento de Incendios Local: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Seleccione la respuesta a las siguientes preguntas. Sus respuestas nos ayudarán a saber qué equipo satisface sus necesidades.

1. Solicitando: ☐ Vibrador de Cabecera
2. Tipo de residencia: ☐ Uno Familia ☐ Multifamiliar ☐ Apartamento ☐ Casa Móvil
3. Discapacidad primaria: ☐ Sordera ☐ Problema de Audición
4. Idioma Primario: ☐ Inglés ☐ Lenguaje de Signos Americano (ASL) ☐ Español ☐ Otro, especificar: _____
5. ¿Hay alarmas de humo funcionando en el hogar? ☐ SI ☐ NO

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Confirmando esta persona tiene una pérdida de audición o es sordo.

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL Nombre: _____

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL Firma: _____

- | |
|--|
| ☐ Médico |
| ☐ Audiólogo |
| ☐ Avanzada Registrada Practicante de Enfermería |
| ☐ Practicante de Enfermería |
| ☐ Asistente Médico |
| ☐ Patólogo del Habla |
| ☐ Consejero de Rehabilitación Vocacional |