



DEVOLVER A:
TechOWL Connect with Tech
1301 Cecil B. Moore Ave | Ritter Annex 437
Philadelphia, PA 19122
Tel: (215) 204-0101

Solicitud para Connect with Tech

INFORMACIÓN DEL/DE LA SOLICITANTE

Nombre _____ Apellido _____ (IM) _____

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
(dd) (mm) (aaaa)

Teléfono: (_____) _____ Email: _____

Utilice una dirección de email alternativa si no cuenta con una

¿Reside en Pennsylvania?

Sí No

¿En qué condado reside? _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ CP: _____

¿Es esta su dirección de envío?

Sí No

Dirección de envío (*dejar en blanco si coincide con la de arriba*):

Domicilio: _____

Ciudad: _____ CP: _____

Raza:

Afroamericano / Negro

Nativo de Norteamérica / Alaska

Asiático

Multirracial (dos razas o más)

Blanco

Prefiero no responder

Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico

Etnia: Hispana o latina NO hispana o latina

MOTIVOS POR LOS QUE EL/LA SOLICITANTE NECESITA UNA TABLETA

Tengo problemas para obtener información o atención de la salud porque... (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mis ingresos son limitados | <input type="checkbox"/> No me resulta fácil dejar mi hogar |
| <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad | <input type="checkbox"/> No tengo vivienda |
| <input type="checkbox"/> Mi idioma primario NO es el inglés | <input type="checkbox"/> Mi tamaño afecta mi atención médica |
| <input type="checkbox"/> Mi sexualidad o género afecta mi atención médica | |

¿Con qué dispositivos cuenta actualmente?

- Tableta Ordenador Ninguno

¿Cómo o dónde obtiene acceso a internet?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Por <i>dial up</i> en casa | <input type="checkbox"/> Por satélite en casa |
| <input type="checkbox"/> Datos móviles en mi celular | <input type="checkbox"/> Espacios públicos (Café, parque, escuelas, centro de recreación, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Punto de acceso en casa | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Banda ancha en casa | <input type="checkbox"/> Ninguno |

¿Participa en alguno de los siguientes programas? Marque todas las opciones que correspondan

- | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> TANF | <input type="checkbox"/> SSDI | <input type="checkbox"/> CHIP | <input type="checkbox"/> Early Head Start |
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> LIHEAP | <input type="checkbox"/> Asistencia Tribal |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> PACE | <input type="checkbox"/> NINGUNO |
| <input type="checkbox"/> Beca Pell | <input type="checkbox"/> Programas de vivienda pública | <input type="checkbox"/> Asistencia médica | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

AYUDA CON LA SOLICITUD Y LA TABLETA

Persona que le ayuda con la solicitud, si corresponde:

Nombre _____ Apellido _____

Teléfono: (_____) _____ Email: _____

¿Le ayudará alguien a aprender a usar esta tableta?

Sí No

Persona que le ayuda con la tableta, si corresponde:

Nombre _____ Apellido _____

Teléfono: (_____) _____ Email: _____

FIN DE LA SOLICITUD

¿Cómo prefiere que le informen acerca de su solicitud?

Llamada telefónica

Correo postal

Correo electrónico

Mensaje de texto

¿Promete que todo lo que ha dicho en esta solicitud es cierto?

Sí No

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD RESPECTO DEL EQUIPO

Si aprueban la solicitud de la tableta, para recibir el dispositivo deberá aceptar la Exención de Responsabilidad y Términos sobre el Equipo.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y TÉRMINOS SOBRE EL EQUIPO

Acepto liberar y eximir de toda responsabilidad al Institute on Disabilities, a la Temple University, al Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés), al Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), al Departamento de Trabajo e Industria, al Commonwealth de Pennsylvania y a todos y cada uno de los socios, empleados, agentes o representantes de los mismos ante todo daño a la propiedad o lesión (incluyendo muerte) respecto de mí mismo/a, y/o de toda otra persona, y demás pérdidas, daños, gastos, reclamos, demandas, pleitos y acciones por parte de terceros en contra del Institute on Disabilities, de la Temple University, del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés), del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), del Departamento de Trabajo e Industria, del Commonwealth de Pennsylvania, y de todos y cada uno de los socios, empleados, agentes o representantes de los mismos, en relación con un artículo que me hayan donado.

Entiendo que estoy recibiendo este artículo en las condiciones en que se encuentra y acepto que la donación es final. Entiendo que el artículo ya no es vendido ni respaldado por el fabricante.

Entiendo que ahora soy el propietario del dispositivo, y que soy exclusivamente responsable por todo accesorio adicional, evaluación, entrenamiento, reparación, repuestos (incluidas las baterías) y por la eliminación segura del dispositivo una vez que ya no lo quiera o necesite.

- Acepto la Exención de Responsabilidad y otros términos.
- No, no acepto la Exención de Responsabilidad y otros términos.

Firma