



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