Valley of the Sun
United Way

LIVE UNITED™ United Way

# Solicitud Para Programa de Conceintización y Educación Sobre las Alarmas de Humo para Individuos Sordos

Fecha: _____

Se espera que los participantes:

- Sean residentes del área metropolitana de Phoenix con pérdida documentada del oído
- Demuestre su necesidad financiera
- No vivan en una instalación institucional (como dormitorio, hogar de ancianos, etc.)

Si usted cree que satisface estos requerimientos, por favor responda todas las preguntas de abajo.

**Información del/la Solicitante**

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ Circule el tipo de teléfono: TTY VP CapTel VCO Voz

Teléfono Alterno: _____ Circule el tipo de teléfono: TTY VP CapTel VCO Voz

Teléfono Celular: _____ ¿Puede enviar/recibir mensajes de texto en su celular? (S/N) _____

Dom. Electrónico: _____ Fecha/Nacimiento: _____ ☐ Hombre ☐ Mujer

Por favor describa su necesidad financiera:

_____
_____
_____
_____
_____

Número de personas viviendo en el hogar: _____

Total de ingresos mensuales de todas las personas viviendo en su hogar: $_____

**Persona Contacto** – Provea una persona de contacto si necesita asistencia programando la instalación de una alarma de humo.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____

Valley of the Sun
United Way

LIVE UNITED™ United Way

# Solicitud Para Programa de Conceintización y Educación Sobre las Alarmas de Humo para Individuos Sordos

**Informaction de Persona Contacto –**

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Tel. Hogar: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Celular: _____

Relación con el/la Solicitante: _____

Si se le aprueba para la instalación de una alarma de humo, ¿Cuál es la mejor forma de comunicarse con usted de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.?

☐ Teléfono

☐ Correo electrónico

☐ Contactando a la persona listada arriba

**Información de la Residencia** – por favor marque las casillas apropiadas.

En total, ¿cuántas personas viven en el hogar? _____

¿Hay varios individuos sordos viviendo en el hogar? (S/N) ____ Si respondió Sí, ¿cuántos? _____

Actualmente, ¿hay alarmas de humo en el hogar? (S/N) _____ Si respondió Sí, ¿cuántas? _____

**Idioma Principal:**

☐ Inglés

☐ Idioma Americano de Señas

☐ Otro: _____

Si se aprueba su solicitud, ¿cuál es su situación con respecto a un intérprete de lenguaje de señas ASL cuando un instalador vaya a su hogar?

☐ Yo no necesito a un intérprete de ASL.

☐ Yo tengo a alguien que puede interpretar para mí.

☐ Yo necesito a un intérprete de ASL.

Valley of the Sun
United Way

LIVE UNITED™ United Way

# Solicitud Para Programa de Conceintización y Educación Sobre las Alarmas de Humo para Individuos Sordos

¿Necesita usted que el instalador use un dispositivo de ayuda para escuchar "Assistive Listening Device" cuando visite su hogar? (S/N) _____

¿Tiene usted algún trastorno relacionado con ataques que pueda provocar dichos ataques debido a un estroboscopio (luz intermitente)? (S/N) _____

Por este medio yo certifico que toda la información en la solicitud de arriba es precisa.*

_____ _____

Firmado Fecha

*Si usted está completando esta solicitud electrónicamente, por favor anote su nombre completo en la línea para la firma, indicando que usted está de acuerdo con la declaración.

**Comprobante de Discapacidad**

Testigo: _____ _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde Firma

Relación con el/la Solicitante: _____

*(Ejem.: Médico, Administrador de Casos, Voluntario de Registro)*

**Por favor envíe su solicitud llena por correo o fax a:**

Smoke Alarm Application
P.O. Box 10748
Phoenix, AZ 85064
Fax: (602) 776-3343

Si tiene preguntas llame al (602) 631-4843 – Use 711 para el servicio de relevo Arizona Relay Service