

Formulario para extender el préstamo de audífonos

El objetivo de este programa es proporcionar audífonos temporales a los residentes de Maryland con pérdida auditiva menores de 21 años que aún no se hayan graduado de la escuela secundaria, mientras esperan recibir sus dispositivos de amplificación personales. La mejor manera de contactarse con el banco de préstamo es por correo electrónico. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Banco de Préstamo de Audífonos y Materiales Audiovisuales sobre Lenguaje y Comunicación enviando un correo electrónico a zella.shabasson@maryland.gov o llamando al 410-767-0739.

Mediante este formulario, puede solicitar la extensión del préstamo inicial de 12 meses por un período de hasta 12 meses adicionales.

Complete las partes A a C de esta solicitud y envíela a la siguiente dirección:

Maryland State Department of Education
Division of Special Education
200 West Baltimore Street, 9th Floor
Baltimore, Maryland 21201
ATTN: Zella Shabasson
Correo electrónico: zella.shabasson@maryland.gov
Fax: (410) 333-8165

Puede guardar la solicitud y enviarla de manera electrónica, o bien, pueda imprimirla y enviarla por correo postal o por fax. Se mantendrá la confidencialidad de la información que se incluya en este formulario.

Parte A

INFORMACIÓN DEL MENOR

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre del padre/madre/tutor:

Dirección postal:

Ciudad, estado, código postal:

Número de teléfono del hogar:

Número de teléfono celular:

Correo electrónico del padre/madre/tutor:

Fecha de presentación:

Parte B

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

1. Describa por qué necesita extender el préstamo de los audífonos para su hijo y por qué no ha podido adquirir audífonos personales en los últimos 12 meses.

2. ¿Necesita información sobre recursos para conseguir audífonos permanentes?

Parte C

ACUERDO PARA EXTENDER EL PRÉSTAMO DE AUDÍFONOS

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

Marque cada casilla para confirmar que está de acuerdo con la declaración.

ACEPTO QUE MI HIJO RECIBA AUDÍFONOS PRESTADOS DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE MARYLAND.

ACEPTO QUE ES MI RESPONSABILIDAD MANTENER Y CUIDAR LOS AUDÍFONOS Y QUE SERÉ RESPONSABLE DE CUALQUIER PÉRDIDA O DAÑO QUE NO ESTÉ CUBIERTO POR LA GARANTÍA HASTA UN MONTO DE \$150.00. QUEDA EXCLUIDO EL DESGASTE POR USO NORMAL.

ACEPTO QUE MI HIJO PODRÁ UTILIZAR ESTOS AUDÍFONOS POR UN PERÍODO DE HASTA 12 MESES ADICIONALES.

ACEPTO BUSCAR AUDÍFONOS PERMANENTES O UN IMPLANTE COCLEAR PARA MI HIJO.

ACEPTO QUE, CUANDO MI HIJO RECIBA SU AMPLIFICACIÓN PERSONAL, DEVOLVERÉ LOS AUDÍFONOS PRESTADOS AL AUDIÓLOGO DE MI HIJO PARA SU DEVOLUCIÓN AL BANCO DE PRÉSTAMO.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Firma del audiólogo solicitante

Fecha