



# 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: \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

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

### INFORMACIÓN ADICIONAL

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

1. Solicitando:  Strobe por Gentex  Vibrador de Cabecera  Ambos
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



# Deaf & Hard of Hearing Free Smoke Alarm Program

## ORDER FORM

Complete 1 form per individual and return to OSFM, kelly.ingold@ks.gov or Fax #785-296-0151.  
Mail: 800 SW Jackson, Suite 104, Topeka, KS 66612-1216. Call 785-291-3586.

Date: \_\_\_\_\_

### REQUESTOR INFORMATION

#### To participate in the program you must...

- Answer all the questions on this form
- Be a Kansas resident over the age of four
- NOT live in an institutional facility (nursing home, hospital, etc.)

Recipient Name: \_\_\_\_\_ Contact Name (if different) \_\_\_\_\_

Street Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ County: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Email Address: \_\_\_\_\_

Alternate Contact: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Local Fire Dept.: \_\_\_\_\_

### CERTIFYING PROFESSIONAL

I confirm this individual has a hearing loss or is deaf.

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

- Physician
- Audiologist
- Advanced Registered Nurse Practitioner
- Nurse Practitioner
- Physician's Assistant
- Speech Pathologist
- Vocational Rehabilitation Counselor

### ADDITIONAL INFORMATION

Select the answer to the following questions. Your answers will help us know which equipment meets your needs.

1. Requesting:  Strobe by Gentex  Bedside Shaker  Both
2. Type of Residence:  One Family  Multi-Family  Apartment  Mobile Home
3. Primary Disability:  Deaf  Hard of Hearing
4. Primary Language:  English  ASL  Spanish  Other, specify: \_\_\_\_\_
5. Are there working smoke alarms in the home?  YES  NO