

GREETINGS FROM THE TALKING BOOK PROGRAM!

Thank you for your interest in our library service. We look forward to working with you to design a program that will best meet your reading interests and needs.

To help us process your application promptly, please read the certification section on the last page very carefully and follow those instructions; the original signature of your certifying authority is required. Once we have received your application, a Reader Consultant will call you to discuss our services in greater detail.

By law, preference in lending of books and equipment is given to veterans. Please provide a copy of your DD Form 214 as verification.

APPLICANT AGREEMENT

It is the responsibility of Talking Book Program users to:

1. Return the machines loaned to you when you are no longer using the recorded reading materials provided by the Texas Talking Book Program.
2. Notify the library of any address or telephone number changes.
3. Take reasonable care of materials and machines.
4. Borrow books and/or magazines at least once a year.
5. Read and return books within 45 days of receipt to allow others the opportunity to read.

By submitting this application, I agree to follow these rules.

Signature of applicant or guardian _____

Please send this completed application and agreement to:
Talking Book Program, PO Box 12927, Austin TX 78711-2927
Fax to 512-936-0685 or email to tbp.services@tsl.texas.gov

Our goal is to provide you with a first-rate reading program.

We hope to receive your application very soon.

Talking Book Program
Texas State Library and Archives Commission

TALKING BOOK PROGRAM
Texas State Library and Archives Commission
LIBRARY SERVICES FOR PERSONS WITH PRINT DISABILITIES



Call toll free 1-800-252-9605 or 512-463-5458 in Austin
Fax 512-936-0685 Email: tbp.services@tsl.texas.gov

Hours: Monday-Friday
8:00 am to 12:00 pm
1:00 pm to 5:00 pm

The Texas State Library and Archives Commission provides library services to Texans who cannot read standard print due to a visual, physical, or reading disability. To participate in this free service, complete the application below and return it to the **Talking Book Program by mail, email, or fax**. Information required for borrowing of Library of Congress materials will be kept confidential.

By law, preference in lending of books and equipment is given to veterans. Check here if you have been honorably discharged from the armed forces of the U.S. **You must provide a copy of your DD Form 214 for verification.**

Qualified readers must be residents of the U.S. or American citizens living abroad.

PLEASE PRINT CLEARLY

Name _____ Sex F M
First Middle Last

Mailing Address _____

City _____ TX _____ Zip _____

Phone _____
home phone work phone E-Mail

Date of Birth _____ Primary Language English Spanish
 Other (*specify*) _____

We attempt to contact every applicant by phone. If you cannot be reached by phone or prefer not to communicate over the phone, give the name and phone number of another person who can make decisions regarding your library service. If applicant is a minor, please list the name and phone number of a **parent or guardian**.

Alternate Contacts:

1. Name _____

2. Name _____

Phone _____

Phone _____

home phone work phone

home phone work phone

Email _____

Email _____

Would contact(s) be authorized to request books or make changes to your profile?

Yes No If not, Authorized Contact: _____

ELIGIBILITY CRITERIA:

Please indicate all qualifying disabilities for the applicant.

- Blindness** Visual acuity of 20/200 or less in the better eye with Correcting lenses or the widest diameter of visual Field subtending an angular distance no greater than 20 degrees.
- Visual Disability** Inability to read standard printed material without special aids or devices other than regular glasses.
- Physical Disability** Inability to read or use standard printed material as a result of physical limitations, such as paralysis, extreme weakness, missing arms or hands.
- Reading Disability** Organic dysfunction of sufficient severity as to prevent reading printed material in a normal manner; **for this category, the certifying authority must be a doctor of medicine or osteopathy** who may consult with colleagues in associated disciplines.
- Deaf and Blind** Hearing impairment is: moderate profound

TO BE COMPLETED BY CERTIFYING AUTHORITY

“Certifying authority” is defined to include doctors of medicine and osteopathy, ophthalmologists, optometrists, registered nurses, therapists, professional staff of hospitals, institutions, and public or welfare agencies (e.g., social workers, case workers, counselors, vocational rehabilitation counselors, home teachers, and superintendents). In the absence of any of these, certification may be made by professional librarians or clergy. **In the case of a Reading Disability, the certifying authority must be a doctor of medicine or osteopathy.** Certifying authorities are not permitted to certify relatives. Please fill out the following information completely.

I certify that the applicant named is unable to read or use standard printed material for the reason(s) indicated above.

Signature _____ Title _____
original signature is required

Name _____ Organization _____
please print

Address _____
street

City _____ TX State _____ Zip _____

Phone _____ Email _____
work

Date _____

¡SALUDOS DEL PROGRAMA DE LIBROS QUE HABLAN!

Gracias por su interés en nuestro servicio bibliotecario. Queremos trabajar con usted para diseñar un programa que mejor realice sus intereses y necesidades de lectura.

Por favor firme el acuerdo de aplicante y lea la sección de certificación en la última página con mucho cuidado; requiere la firma original de su autoridad certificadora. Una vez que se haya recibido su aplicación, un consultante de lectura le llamará para hablar de nuestros servicios en mayor detalle.

Por ley, preferencia en el préstamo de libros y equipo es dado a veteranos. Por favor proporcione una copia del Formulario DD-214 como verificación.

EL ACUERDO DE APLICANTE

Lo siguiente es la responsabilidad de los usuarios del Programa de Libros que Hablan:

1. Devuelva las máquinas prestadas a usted cuando deje de usar los materiales de lectura proveídos por el Programa de Libros que Hablan de Texas.
2. Notifique a la biblioteca de cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
3. Guarde con cuidado los materiales y máquinas.
4. Pida prestado libros y/o revistas al menos una vez al año.
5. Lea y devuelva los libros dentro de 45 días de haberlos recibido, para permitir a otros la oportunidad de leer.

Entiendo las citadas responsabilidades y estoy de acuerdo en practicarlas.

La firma de aplicante o tutor legal _____

Por favor envíe esta aplicación y acuerdo completados a:
Talking Book Program, PO Box 12927, Austin TX 78711-2927
o por fax a 512-936-0685, o por email a tbp.services@tsl.texas.gov

Nuestro objetivo es proveer a usted un programa de lectura de primera orden.

Esperamos recibir su aplicación muy pronto.

Programa de Libros que Hablan
La Biblioteca del Estado de Texas y Comisión de Archivos



**Servicios Bibliotecarios Para Personas Con
Impedimento Para Leer**

Llame gratis al 1-800-252-9605 o 512-463-5458 en Austin
Fax 512-936-0685 Email: tbp.services@tsl.texas.gov

Horario: Lunes a Viernes
8:00 am a 12:00 pm
1:00 pm a 5:00 pm

La Biblioteca del Estado de Texas y Comisión de Archivos provee servicios bibliotecarios a texanos que tienen impedimento para leer dado a problemas con la vista, físicos, o limitación para leer. Para participar en este servicio gratis, complete la aplicación y devuélvala a **Texas State Library Talking Book Program por correo, email, o fax**. La información requerida para tomar materiales prestados de la Biblioteca del Congreso es confidencial.

Por ley, preferencia es dada a veteranos en el préstamo de libros y equipo. Indique aquí si usted ha sido honorablemente dado de baja de las fuerzas armadas de EE UU. **Usted debe proporcionar una copia del Formulario DD-214 como verificación.**

Calificados deben ser residentes de los EE.UU., o ciudadanos viviendo en el extranjero.

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE

Nombre _____ Sexo F M
nombre completo

Dirección _____

Ciudad _____ TX _____ Código Postal _____

Teléfono _____
código de área y domicilio trabajo email

Fecha de nacimiento _____ Idioma Primario Inglés Español
mes día año Otro (*especificar*) _____

Tratamos de hacer contacto, por teléfono, con cada aplicante. Si por alguna razón no podemos conseguirlo por teléfono, o prefiere no ser comunicado por teléfono, favor de dar el nombre y número del teléfono de otra persona que pueda discutir los servicios disponibles. Si usted es menor de edad, favor de dar el nombre y número del teléfono de uno de sus padres, o tutor legal.

Contacto Alternativo:

1. Nombre _____

2. Nombre _____

Teléfono _____
código de área y domicilio trabajo
email _____

Teléfono _____
código de área y domicilio trabajo
email _____

¿Tendría el contacto(s) la autorización de pedir libros o hacer cambios a su perfil?
 Sí No Si no, contacto autorizado: _____

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD - INDIQUE SU IMPEDIMENTO ABAJO:

- Ceguera** Debe tener agudeza visual de 20/200 o menos en el ojo más sano con anteojos correctivos, o el diámetro mayor de campo visual debe alcanzar una distancia angular menor de 20 grados.
- Impedimento visual** Inhabilidad para leer materiales impresos con letra de tamaño normal sin la ayuda **visual** de aparatos de aumento que no sean anteojos comunes o corrientes.
- Impedimento físico** Inhabilidad para leer materiales impresos con letra de tamaño normal por causa de limitaciones **físicas**, como parálisis, extrema debilidad, pérdidas de brazos o manos.
- Impedimento para leer** Disfunción orgánica de tal severidad que prohíba el lectura normal de materiales escritos. **Para esta categoría, se requiere un doctor con autoridad certificada en medicina u osteopatía que puede consultar con colegas en disciplinas asociadas.**
- Sordera y ceguera** Sordera es: moderada profunda

COMPLETADO POR LA AUTORIDAD CERTIFICADA

“Autoridad certificada” es definida para incluir doctores de medicina y osteopatía, oftalmólogos, optómetras, enfermeros registrados, terapeutas, el cuerpo profesional de hospitales, instituciones y agencias de servicios públicos o sociales (trabajadores sociales, consejeros, consejeros de rehabilitación vocacional, maestros privados, y superintendentes). En la ausencia de cualquiera de estos, la certificación puede ser hecha por bibliotecarios o miembros del clero. **En el caso de impedimento para leer, la autoridad certificada tiene que ser un doctor de medicina u osteopatía.** Los certificadores no pueden certificar a sus propios parientes. Llene por favor la información siguiente completamente.

Certifico que el aplicante nombrado tiene la inhabilidad de leer o usar materiales impresos con letra de tamaño normal por la razón (razones) indicada arriba.

Firma _____ Título _____
se requiere una firma original

Nombre _____ Organización _____
favor de usar letra de molde

Dirección _____
calle ciudad
TX _____
estado código postal

Teléfono _____ Email _____
código de área trabajo

fecha _____

