

## SOLICITUD DE APOYOS/SERVICIOS AUXILIARES PARA UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ ID del caso: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Tipo de apoyo(s)/servicio(s) que prefiere:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Intérprete de la lengua de señas estadounidense (ASL)          | <input type="checkbox"/> Materiales escritos con tipografía grande           |
| <input type="checkbox"/> Intérprete Certificado para Sordos                             | <input type="checkbox"/> Materiales en formato de audio                      |
| <input type="checkbox"/> Amplificadores personales para escuchar                        | <input type="checkbox"/> Dispositivo braille teletouch                       |
| <input type="checkbox"/> Acceso a la traducción de comunicaciones en tiempo real (CART) | <input type="checkbox"/> Formato braille                                     |
| <input type="checkbox"/> Materiales en formato escrito                                  | <input type="checkbox"/> Anotador  |
|   | <input type="checkbox"/> Lector calificado                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Otro tipo de apoyo/servicio (especifique):<br>_____ |

\_\_\_\_\_ Coloque su inicial aquí si prefiere proporcionar su propio intérprete u otro apoyo/servicio de ayuda. Sin embargo, la División de Rehabilitación de Nevada no puede garantizar la calidad ni que se proporcione una comunicación efectiva si usted elige utilizar sus propios apoyos. Puede solicitar y optar por utilizar apoyos auxiliares proporcionados por la División más tarde, en cualquier momento en el transcurso de su caso.

*Si su apoyo o servicio auxiliar de preferencia cambia, usted acepta notificar a su Consejero de Rehabilitación y completar un nuevo formulario.*

**Si la División deniega su apoyo o servicio auxiliar de preferencia, usted recibirá una notificación oficial. También tiene la posibilidad de apelar la decisión contactando al Programa de Asistencia a Clientes (encontrará adjunto el documento de Declaración de Desacuerdo con la Decisión).**

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta y firma del Consejero de Rehabilitación

\_\_\_\_\_  
Fecha

Adjunto: Declaración de Desacuerdo con la Decisión