Radio Eye, Inc.

### Solicitud para Oyente/RADIO

1733 Russell Cave Road Lexington, KY 40505

Telephone: 859-422-6390

Email: info@RadioEye.org

www.RadioEye.org

**Jan 2018**

## PART ONE: Para completar por (o en nombre de) el oyente

[ ]  **Sr.** [ ]  **Sra.** [ ]  **Srta.** [ ]  **Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

NOMBRE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONDADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERO EN FAMILIA: \_\_\_\_\_\_**

**VETERANO?** [ ]  **Sí** [ ]  **No**

¿**COMO PREFIERE RECIBIR LA HOJA INFORMATIVA Y GUIA DE PROGRAMAS?**

[ ]  **CORREO ELECTRONICO** [ ]  **COPIA IMPRESA** [ ]  **BRAILLE** [ ]  **CD** [ ]  **EN LA EMISION**

**SEXO:** [ ]  **HOMBRE** [ ]  **MUJER** [ ]  **OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RAZA:** [ ]  **BLANCO** [ ]  **AFROAMERICANO** [ ]  **HISPANO** [ ]  **OTRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INGRESOS ANUALES:** [ ]  **$0 - $11,669** [ ]  **$11,670-$23,340** [ ]  **$23,341-$46,679** [ ]  **$46,680+**

**ARREGLOS DE VIVIENDA ACTUALES:** [ ]  **SOLO** [ ]  **COMO MIEMBRO DEL HOGAR**

[ ]  **HOGAR DE ANCIANOS /JUBILADOS** [ ]  **CUIDADO PALIATIVO**

[ ]  **OTRO (favor de precisar ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

#### FAVOR DE ESCRIBIR EL NOMBRE DE UN CONTACTO QUE NO VIVE CON USTED:

#### NOMBRE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### RELACION:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO: (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### *(éste puede ser pariente o amigo cercano)*

* **Reconozco que el radio pertenece a y permanece la propiedad de Radio Eye, y hay que devolverlo cuando ya no necesito o quiero el servicio. Radio Eye es un servicio sin fines de lucro que depende de donaciones para funcionar. Solicitamos una donación de $25 para ayudar a sufragar los costos operacionales de Radio Eye.**
* **Tenga en cuenta que la incapacidad de dar una donación no afectará su elegibilidad ni su servicio.**

**FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

PART TWO**: Para completarse por un médico, una enfermera, un bibliotecario, u otra persona calificada que conoce la incapacidad del solicitante.**

**NOMBRE:(en letras de molde) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCION: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO**: **\_\_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## CAPACIDAD PROFESIONAL :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TELEFONO:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OTRO TELEFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Esto es para certificar que el individuo arriba mencionado no puede leer materia impresa a causa de la incapacidad siguiente:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Declaración de privacidad**

**La Información personal y privada recogida en este formulario no será compartida con otras organizaciones. Se emplea la estadística sólo para solicitudes de subvenciones y otros propósitos estadísticos.**

**FOR OFFICE USE:**

## Check# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date Received \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Delivery Date\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Serial # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Model \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frequency \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Donorsnap Mail Chimp By Mail By Hand