



APLICACIÓN ADA SHARED RIDE

1. NOMBRE: _____ FECHA: _____
2. DIRECCION: _____
CIUDAD _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
3. CASA# _____ CELULAR # _____
4. CORREO ELECTRONICO: _____
5. FECHA DE NACIMIENTO: _____
6. ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL SEGURO SOCIAL: _____
7. ¿CUAL ES LA DISCAPACIDAD QUE LE IMPIDE USAR NUESTROS SERVICIOS DE RUTA FIJA?

ES SU CONDICION TEMPORAREA ___ SI ___ NO
SI MARCO SI, HASTA CUANDO ESPERA QUE DURE SU
DISCAPACIDAD: _____

8. ¿CÓMO ESTA DISCAPACIDAD LE IMPIDE UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS DE RUTA FIJA? POR FAVOR EXPLICAR COMPLETAMENTE, USE PAPEL ADICIONAL SI NECESARIO.

9. ¿HAY OTROS EFECTOS DE SU DISCAPACIDAD QUE DEBEMOS SER CONSCIENTES?

10. ¿UTILIZA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AYUDAS PARA LA MOVILIDAD?

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> CAÑA | <input type="checkbox"/> MULETAS | <input type="checkbox"/> ANIMAL DE SERVICIO |
| <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDA MANUAL | <input type="checkbox"/> SILLA DE RUEDA ELECTRICA | |

11. ¿NECESITA A UN ACOMPAÑANTE CUANDO VIAJA USANDO TRÁNSITO?
___ SÍ ___ NO

12. POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿PUEDE VIAJAR 200 PIES SIN ASISTENCIA ___ SÍ ___ NO

¿PUEDE VIAJAR 500 PIES SIN ASISTENCIA ___ SI ___ NO

¿PUEDE VIAJAR 700 PIES SIN ASISTENCIA? ___ SÍ ___ NO

¿PUEDE VIAJAR ¼ MILLA SIN ASISTENCIA? ___ SÍ ___ NO

¿PUEDE VIAJAR ¾ MILLA SIN ASISTENCIA ___ SÍ ___ NO

PUEDE SUBIR TRES ESCALONES DE 12 PULGADAS SIN ASISTENCIA? ___ SÍ ___ NO

13. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA ES CORRECTA

FIRMA FECHA

14. SI ESTA APLICACIÓN HA SIDO COMPLETADA POR ALGUIEN QUE NO SEA LA PERSONA SOLICITANDO CERTIFICACIÓN PROPORCIONE SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO: _____

15. NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

TELEFONO: _____

16. PARA PERMITIR EL TRÁNSITO DE LEBANON EVALUAR SU SOLICITUD ES NECESARIO PONERSE EN CONTACTO CON UN MÉDICO U OTRO PROFESIONAL PARA CONFIRMAR LA INFORMACIÓN QUE USTED HA

PROPORCIONADO: POR FAVOR COMPLETE LA VERSIÓN MÉDICA ADJUNTA
CON LA INFORMACIÓN ADECUADA.



lebanon transit

FORMULARIO DE ALTA MÉDICA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCION _____
CIUDAD _____, ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____
TELEFONO _____

Por la presente autorizo al profesional de salud liberar información sobre mi incapacidad a el tránsito de Lebanon (LT).

Firma Fecha

Date

Información de el Profesional de salud:

NOMBRE DE EL PROFESIONAL DE SALUD: _____
TELEFONO _____
DIRECCION: _____
CIUDAD _____, ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____

200 Willow St. Lebanon, PA 17046

Teléfono: (717)274-3664 Fax: (717)274-8860 Web: www.lebanontransit.org