



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

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

---

---

---

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

---

---

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

___ CAÑA	___ MULETAS	___ ANIMAL DE SERVICIO
___ SILLA DE RUEDA MANUAL	___ SILLA DE RUEDA ELECTRICA	

10. ¿NECESITA A UN ACOMPAÑANTE CUANDO VIAJA USANDO TRÁNSITO?  
\_\_\_ SÍ \_\_\_ NO

11. 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

12. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ARRIBA ES CORRECTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA FECHA

13. 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: \_\_\_\_\_

14. NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

15. 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](http://www.lebanontransit.org)