



lebanon transit

APLICACIÓN ADA SHARED RIDE

1. NOMBRE: _____ FECHA: _____
2. DIRECCION: _____
CIUDAD _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
3. CASA# _____ CELULAR # _____
4. FECHA DE NACIMIENTO: _____
5. ÚLTIMOS 4 DÍGITOS DEL SEGURO SOCIAL: _____
6. ¿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?

<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	

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: _____

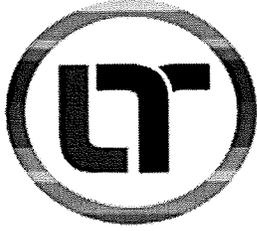
DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO: _____

14. 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

FORMULARIO DE DECLINACION

Nombre (Porfavor imprima: Apellido, Nombre, I)

SI USTED NO ESTA REGISTRADO PARA VOTAR DONDE USTED VIVE, LE GUSTARIA APPLICAR PARA REGISTRARSE AQUI HOY?

No Si

No, Ya Yo estoy registrado a votar donde vivo.

SI USTED NO MARCO NINGUN ESPACIO, USTED VA HA SER CONSIDERADO QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE A VOTAR EN ESTOS MOMENTOS.

Aplicar o declinar a registrarse a votar no va a afectar la asistencia que usted va hacer previsto por esta agencia.

Si usted aplica a votar, la oficina en la cual usted presenta este formulation de registracion va a permanecer confidencial.

Ninguna informacion relacionada a declinacion a registrarse a votar va hacer usada para ningun otro proposito que no sea relacionado a registrarse a votar.

Si usted desea ayuda llenando la registracion a votar, nosotros le ayudaremos. La decision de aceptar o no ayuda es suya. Usted puede llenar la formula en privado.

Para qualificar a registrarse a votar, tiene que tener 18 años de edad en el dia de la proxima eleccion, usted debe de ser un ciudadano de los Estados Unidos por lo menos un mes antes de la proxima eleccion y haber recidido en Pennsylvania y el distrito donde usted planea votar por lo menos 30 dias antes de eleccion.

Si usted cree que alguien a interferido con su derecho a registrarse a votar o su derecho a escojer su propio partido politico, usted puede poner una queja con Secretaria de el Commonwealth, Pennsylvania Departamento de Estado, 302 North Office Building, Harrisburg, Pa 17120, o llamar a el Departamento de Estado, gratis al 1-800-552-8683.

Firma

Fecha