Despacho de Sistema de Computadora

Estamos en el proceso de actualización nuestro servicio de despacho con un sistema de computadora para mejorar nuestros servicios Paratransit y Dial-A-Ride. Con el fin de continuar recibiendo los servicios, se requiere que proporcione la información indicada en esta solicitud. La oficina de LTA podría ponerse en contacto con usted para obtener más información para determinar la elegibilidad para los servicios si usted es elegible para los servicios de Paratransit. Usted puede regresar este formulario a:

- Conductor de Autobús de County Express
- Por correo: LTA, 330 Tres Pinos Road, Suite C7, Hollister, CA 95023
- Por fax: 831.636.4160

La información obtenida en esta certificación se mantendrá estrictamente confidencial. Es importante **completar todas las partes** de esta solicitud. ***Las solicitudes que no están completas, escritas legiblemente, y firmadas serán devueltas y puede retrasar la determinación de elegibilidad.***

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Autoridad Local de Transporte al (831) 637-7665.

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Primario: ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono de Noche: _____

Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Si la dirección postal no es la misma que la dirección residencial, indique aquí:

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Indique el nombre y números de teléfono de una persona que podemos llamar en caso de una emergencia.

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

¿Tienes una discapacidad? ☐ Si ☐ No

¿Es usted cliente de las siguientes organizaciones?

☐ Servicios HOPE ☐ Servicios de Entrenamiento Vital ☐ Servicios Vocacionales Sociales

☐ Hazel Hawkins Centro de Enfermería Specializada ☐ Not Aplicable

☐ Otro: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Date Received: _____ ID Number: _____ Record Number: _____

Received As: ___ Complete ___ Incomplete Expiration Date: _____

Sent Back: ___ No ___ Yes Date: _____ Processed By: _____

Determination Date: _____ Approved By: _____

Long Form Sent: ___ No ___ Yes Date: _____ Database Entry Date: _____

Status: ___ DAR ___ Paratransit ___ Denied

Notes: _____

¿Cuáles son sus destinos de viaje actuales cuando usa Dial-A-Ride o Paratransito?

☐ Escuela ☐ Compras ☐ Medical

☐ Recreación ☐ Otro: _____

Por favor, indique a continuación si usted usa algún equipo o una de las siguientes ayudas para la movilidad. Marque las que correspondan.

☐ Bastón ☐ Andadera ☐ Cochecito

☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas eléctrica ☐ Scooter eléctrico

☐ Respirador ☐ Perro guía ☐ Muletas

☐ Apoye para las piernas ☐ Bastón blanco ☐ Tanque de oxígeno

☐ Otro: _____ ☐ No ocupo equipo de asistencia.

¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando viaja por autobús? ☐ Sí ☐ No

Si es que sí, por favor proporcione la siguiente información.

Nombre del Asistente de Cuidado Personal: _____

Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Código Postal:_____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

Por favor, proporcione un contacto de emergencia para su asistente de cuidado personal.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la negación de servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y sólo la información necesaria para proporcionar los servicios que yo solicito será compartida con los que realizan los servicios.

Por la presente autorizo a las siguientes organizaciones que se enumeran a continuación para proporcionar toda la información necesaria para completar esta certificación. La información publicada se utilizará exclusivamente para determinar mi elegibilidad y me doy cuenta que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

☐ Servicios HOPE ☐ Servicios de Entrenamiento Vital ☐ Servicios Vocacionales Sociales

☐ Not Aplicable

☐ Hazel Hawkins Centro de Enfermería Sspecializada

☐ Otro:

Firma del Solicitante/Guardián _____ Fecha_____