

Paratransito de East Bay

1750 Broadway
Oakland, CA 94612

Actualización de la Información para Pasajeros de East Bay Paratransit

Nombre _____			
Apellido	Nombre	Segundo nombre	
Teléfono Móvil (____) _____		Telefono Alternativo (____) _____	
Correo Electrónico _____			
Fecha de Nacimiento ____/____/____			
Género: Masculino _____		Femenino _____	
Direccion de casa _____			
Número		Calle	Apto. #
Ciudad _____		Código Postal _____	
Dirección Postal (si es diferente a la anterior)-C/O _____			
Número		Calle	o Correos de Caja
Ciudad _____		Estado _____	Código postal _____
Contacto de Emergencia			
Nombre _____		Relación _____	
Teléfono Celular (____) _____			
Teléfono Alternativo (____) _____			
Correo electrónico _____			
Teléfono alternativo (____) _____			

Teléfono (510) 287-5000 o Fax: (510) 287-5069

www.eastbayparatransit.org 5-ShortFormApp-Nov2013

Paratransito de East Bay

1750 Broadway
Oakland, CA 94612

Enumerar la condición de salud más incapacitante impidiéndole usar AC Transit o BART:	¿La condición ha mejorado, empeorado o se ha mantenido igual desde la última vez que obtuvo la certificación de East Bay Paratransit?
---	---

1.	1.
2.	2.
3.	3.

¿Hay algo más que quiera decirnos sobre su(s) condición(es) de salud incapacitante?

Adjunte cualquier información adicional que le gustaría considerar.

Marque cualquiera de las siguientes ayudas para la movilidad que utiliza actualmente.

<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Bastón
<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica	<input type="checkbox"/> Aparatos Ortopédicos para las Piernas	<input type="checkbox"/> Dispositivos de Comunicación
<input type="checkbox"/> Scooter Eléctrico	<input type="checkbox"/> Bastón Blanco	<input type="checkbox"/> Animal de Servicio
<input type="checkbox"/> Andadera	<input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil	<input type="checkbox"/> Otra ayuda a la movilidad:
<input type="checkbox"/> Segway		

Un asistente de cuidado personal es alguien cuya ayuda necesita para las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, etc.). Un asistente no siempre tiene que ser la misma persona.

¿Viaja con un asistente de cuidado personal? ____ Sí ____ No ____ A veces

Recibe Medi-Cal? Si No Si su respuesta es si, podría darnos su número : _____

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar cualquier información a sabiendas resultará en la negación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito se divulgará a quienes presten los servicios.

Paratransito de East Bay

1750 Broadway
Oakland, CA 94612

Además, también entiendo que puede ser necesario para East Bay Paratransit:

- para contactarme con preguntas que tengan;
- consultar a un profesional familiarizado con mis habilidades funcionales para usar AC Transit o BART;
- solicitar que visite la oficina para una entrevista en persona.

Firma del Aplicante _____ Fecha _____

Nombre Impreso _____

Relación (si firma otra persona que no sea el solicitante) _____

¿Alguien te ayudó a llenar este formulario? Sí No

¿Podemos contactar a esta persona para obtener información adicional?

Sí No

Si la persona que lo ayudó a completar este formulario no firmó arriba, proporcione la siguiente información:

Nombre _____

Número de teléfono (____) _____

Relación _____

Paratransito de East Bay

1750 Broadway
Oakland, CA 94612

Paratránsito de East Bay

1750 Broadway
Oakland, CA 94612