MV Transportation

La informacion contenida en esta solicitud solo seera utilizada por MV Transportation para determiner su eligibiliidad para transportacion.

Estoy solicitando el siguiente programa(a):

_____ No patrocinado: Cliente tiene una discapacidad que les impide transporter asi mismo. Cliente es una persona mayor. Cliente vive dentro de los cuatro contados, Desoto, Highlands, Hardee, Okeechobee.

Cabe señalar que la eligibilidad de paratransito esta determinada no solo por la discapacidad, sino tambien por las restricciones Presupuestarias en cada condado.

Fecha:_____ Medicaid # _____ Seguro Social # _________ _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Initial del Segundo nombre:_____

Direccion de domicilio: _____ Apt #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Telefono de su casa#: _____ Telefono de trabajo#: _____ TDD:_____

Fecha de Nacimiento:____/_____/_____ Edad: _____ Masculino:_____ Femenina:_____

Contacto de Emergencia(Nombre): _____ Telefono #: _____

Direccion a Domicilio: _____

_____

1. Recibe cupones de alimentos? ____Si ____No
2. Tiene Medicaid? ____Si ____No
3. Cuantos miembros de su familia viven en su casa ? _____
4. Cual es su ingreso anual?_____ **Cual es el ingreso Total del hogar**? _____
5. Vive en una casa de retiro ACLF, clinica de reposo, o de embargue en casa? ____Si ____No
   A. Esta instalacion tiene un vehiculo?_____
   B. Ha sido alguna vez transportado por este servicio?_____
6. Tiene usted parientes o amigos que viven en la mismo ciudad(condado) en el que vive?
   A. Esta persona lo transportaria si usted le pregunta?_____
   B. Conoces a alguien a quien le transportaria si usted paga por el gas?_____
7. Usted o alguien de su familia, un amigo, pariente o vecino dueño de un vehiculo operable? ____Si ____No
8. Es su condicion temporal?_____ En caso afirmativo, cual es la duracion prevista de la discapacidad?_____Semanas/Meses Exsisten otros efectos de su discapacidad de los cuales tenemos que ser conscientes._____
9. Estas embarazada? ____Si ____No Fecha de parto:_____

10. Usted usa alguna de las siguientes ayudas de movilidad? Marque todas las que correspondan
    Silla de rueda manual_____ Silla de rueda electrica_____ Scooter electric_____ Baston_____

    Muletas_____ Andador_____ Animal de servicio_____

MV Transportation

11. Por favor conteste las siguientes preguntas:
    A. Puede viajar sin ayuda de la distancia de: 200 pies_____ ¼ milla_____ ½ milla _____
    B. Puede subir un Escalon de 12 pulgadas? SI/No Sin Ayuda? Si/No
    C. Puede esperar afuera sin apoyo por diez 20 minutos? Si/No
    D. Puede dar direcciones y numero de telefonos al pedido? Si/No
    E. Puede reconocer un destino o lugar de interes? Si/No
    F. Puede pedir, entender y seguir instrucciones? Si/No
    G. Puede manejar situaciones inesperadas o cambios en su rutina? Si/No
    H. Puede con seguridad y eficacia de los viajes atraves de unas instalaciones abarrotadas o complejos? Yes/No
    I. Estas completamente ciego? Yes/No Legaimente ciego? Yes/No
    J. Estas totalmente sordo? Yes/No Graves problemas de audicion? Yes/No

    Explicacion de que tipo de asistencia necesita. _____
    _____
    _____

    Por la presente certifico que la informacion proporcionada es verdadera y correcta.

    Firma de aplicante: _____Fecha: _____

    Firma del preparador _____ Fecha _____

    Imprima nombre de preparador: _____ Telefono #: _____

    Process Date _____ By _____

<u>Envie la aplicacion por Fax o por Correo al</u>: Fax 863-382-8469

<u>Numeros de Telefonos</u>:

Avon Park 863-452-0139

Sebring 863-382-0139

Lake Placid 863-699-0995

Hardee 863-773-0015

Okeechobee 863-357-9900

DeSoto 863-694-6566

MV Transportation

4650 US 27 South

Sebring, FL., 33870