

Información del solicitante

Esta sección debe ser completada por el solicitante, el cuidador del solicitante u otra persona familiarizada con la discapacidad del solicitante. Adjunte documentación complementaria si necesita espacio adicional para responder detalladamente todas las preguntas.

IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

¿Es usted actualmente un usuario activo del servicio de paratransito Lextran Wheels?			
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su discapacidad o condición médica ha cambiado desde su última certificación?			
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
En caso afirmativo, explique:			
¿Alguien le ayudó a completar esta solicitud?			
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
En caso afirmativo, proporcione el nombre:		Teléfono:	
Relación con el solicitante:		Correo electrónico:	

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Apellido:		Nombre:		Inicial del segundo nombre:	
Dirección postal:				N.º de apartamento	
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Dirección particular (si es diferente de la dirección de envío)				N.º de apartamento	
Ciudad		Estado:		Código postal:	
Teléfono de día:		Teléfono móvil:			
Teléfono de noche:		Al proporcionar un número de teléfono móvil, usted acepta recibir notificaciones de texto. Se aplican tarifas estándar.			
Fecha de Nacimiento:		Dirección de correo electrónico:			
Sexo:		Etnia:			
Idioma preferido:					
Método de contacto preferido:					

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido:		Nombre:	
-----------	--	---------	--

N.º de teléfono:		Relación:	
Dirección:			N.º de apartamento:
Ciudad:		Estado:	Código postal:

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD/CONDICIÓN DE SALUD

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud principal que le impide utilizar los autobuses Lextran? Sea específico.

Fecha de diagnóstico o inicio:

2. ¿Tiene usted otras discapacidades o condiciones de salud que limiten su capacidad para utilizar los autobuses Lextran?

Sí No

En caso afirmativo, explique.

3. ¿Los efectos de su discapacidad o condición de salud varían de un día a otro?

Sí No

En caso afirmativo, explique.

4. ¿Su discapacidad o condición de salud es permanente o temporal?

Permanente Temporal

Si respondió "Temporal", explique.

SECCIÓN 2: AYUDAS PARA LA MOVILIDAD

1. Marque todo el equipo de movilidad que espera utilizar mientras viaja:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Scooter | <input type="checkbox"/> Respirador/Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

2. Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿cuál es el ancho y la longitud (en pulgadas)?

Longitud en pulgadas:

Ancho en pulgadas:

3. ¿Requiere la asistencia de otra persona durante el viaje o en su destino?

Siempre A veces Nunca

Si respondió "Siempre" o "A veces", explique.

4. ¿Cuál es el peso combinado estimado de usted y su silla de ruedas/scooter?

5. Proporcione cualquier otra información sobre su discapacidad o condición de salud que nos ayude a comprender mejor sus capacidades para viajar.

SECCIÓN 3: CAPACITACIÓN DE VIAJE

Las personas calificadas para los servicios de paratransito son elegibles para viajar en el servicio de ruta fija de Lextran sin cargo con una identificación especial llamada Tarjeta Amarilla. Si bien no es obligatorio, si desea obtener esta tarjeta, llame al (859) 244-2030 para confirmar su elegibilidad y obtener más información. La capacitación de viaje está disponible solo para autobuses de ruta fija; indique durante su evaluación que le gustaría explorar esa opción.

1. ¿Estaría interesado en Capacitación de viaje para utilizar el sistema de autobuses de transporte de ruta fija?

Sí

No

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN

Entiendo que el propósito de esta solicitud es para comprobar si califico para los servicios de paratransito de los autobuses de ruta fija Lextran. Entiendo que la información de esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con los profesionales involucrados en la evaluación de mi elegibilidad. Además, entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en el rechazo de mi solicitud o la terminación de mi elegibilidad.

Doy permiso para comunicarme con el profesional que completó esta solicitud o proporcionó una verificación complementaria de mi condición.

Firma del solicitante

Fecha

Un solicitante también puede completar esta Solicitud en línea en www.biokinetix.com/lextran.

Envíe un correo a: Kort Physical Therapy
Attn: Lextran Paratransit
1650 Bryan Station Rd, Ste 122
Lexington, KY 40505