

健康保健提供者 医学验证表

健康保健提供者也可以在www.biokinetix.com/lextran在线填写这份医学验证表。

请邮寄至: **Kort Physical Therapy**
Attn: Lextran Paratransit
1650 Bryan Station Rd, Ste 122
Lexington, KY 40505

申请人姓名: _____ 出生日期: _____

1. 请列出妨碍申请人独立地使用Lextran公交车的医学诊断或病症:

2. 请描述申请人的残疾如何妨碍他们独立地使用Lextran固定路线的公交车:

3. 发病日期: _____

4. 申请人的功能性限制是永久的吗? _____

如果不是, 预计持续时间多长: _____

5. 申请人需要个人照护助理吗?

如果是, 请解释: _____

我证明我持证/获得许可, 并且目前正在治疗上述列出的申请人。

我证明这份申请表提供的所有信息公允地反映了申请人的残疾(或健康状况), 真实正确。

我理解提供的信息将用于确定申请人获得Lextran Wheels辅助公交服务的资格。

健康保健提供者签字

日期

请在下面用打印体书写您的联系信息:

姓名: _____ 委员会证书或执照号码: _____

电话号码: _____

营业地址: _____