

## 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](http://www.biokinetix.com/lextran)在线填写这份医学验证表。

请邮寄至: **Body Structure Medical Fitness**  
**Attn: Lextran Paratransit**  
**2600 Gribbin Drive**  
**Lexington, KY 40517**

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: \_\_\_\_\_