



Laredo Transit Management Inc.
El Metro
Laredo, Texas 78040
(956)795-2290

Current El Lift ID Number
For Office Use Only

Solicitud para Recertificación del servicio de El Lift

INSTRUCCIONES: En las páginas 1, y 2 de esta solicitud, El Lift le está pidiendo información acerca de usted y de su habilidad para usar el servicio de autobuses de El Lift. Algunas preguntas son generales y otras específicas, pero todas son importantes. Sírvase tomarse el tiempo necesario para **contestar TODAS las preguntas** cuidadosa y completamente. No podemos completar el proceso de revisión de elegibilidad sin esta información. No hay problema si un amigo, tutor, proveedor de cuidados, representante de servicio de una agencia o un familiar, le ayuda a contestar la parte que le corresponde en la solicitud, específicamente las páginas 1y 2. Esta persona deberá proporcionar información precisa sobre usted, su discapacidad médica y su capacidad funcional. Si le ayudan a llenar su solicitud, la persona que le está ayudando deberá identificarse en la página 2.

Información general – Se debe proporcionar toda la información solicitada

¿Ha solicitado alguna vez los servicios de El Lift o una tarjeta con tarifa de descuento? NO SÍ FECHA: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Domicilio de la casa: _____ Apt# _____

Ciudad _____, Código postal: _____ Sexo: M F

Nombre de la institución y/o Complejo de apartamentos: _____ Código de entrada _____

Teléfono de la casa: _____ Tel. en horas hábiles: _____ Tel. celular: _____

Contacto para casos de emergencia: _____ Relación: _____

Tel. en casos de emergencia: _____ Tel. en horas hábiles: _____

¿En que consiste la discapacidad o condición de salud : _____

¿Le acompaña un asistente de cuidado Personal (PCA) y/o un animal de servicio cuando sale usted de su hogar?

Si _____ No _____ Si la respuesta es "Si" favor de proporcionar el nombre del PCA y/o el tipo de animal de servicio: _____

¿Qué formato de comunicación sería más apropiado para que nos comuniquemos con usted?

Inglés _____ Español _____ Braille _____ TDD _____ Correo electrónico _____

*****INFORMACIÓN INDIVIDUAL Y DE MOVILIDAD:**

¿Qué tipo de dispositivos de ayuda usa usted cuando viaja? (Marque todos los que sean aplicables).

<input type="checkbox"/> Bastón de apoyo	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual*	<input type="checkbox"/> Animal de servicio entrenado
<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica*	<input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación
<input type="checkbox"/> Férula para pierna(s)	<input type="checkbox"/> Motoneta eléctrica*	<input type="checkbox"/> "Bastón blanco"
<input type="checkbox"/> "Andador" de aluminio	<input type="checkbox"/> Oxígeno portátil	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Otro (describa):		

*****Si viaja en silla de ruedas o motoneta, debe proporcionar la siguiente información:**

a. **Tipo** (¿silla de ruedas?, ¿motoneta?): _____ **Marca:** _____ **Modelo #** _____

b. **Medidas: ancho** (exterior de rueda a rueda): _____ " **longitud** (largo de punta a punta) _____ "

c. **Peso combinado del aparato ocupado** (peso de la silla + peso del usuario) _____ lbs.

d. **Accesorios o características, por ejemplo, extensión para pierna, etc.** _____

=====

Información de su médico de cabecera:

Nombre: _____ Teléfono de oficina: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

Si esta solicitud ha sido llenada por una persona que no es la que solicita la certificación, esa persona deberá contestar lo siguiente:

Nombre _____

¿Cuál es su relación con el solicitante del servicio? _____

Dirección postal _____

Teléfono de la casa: _____ Tel. durante horas hábiles: _____ Tel. celular: _____

Firma _____ Fecha _____