



**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"/> <b>Silla de ruedas manual*</b>	<input type="checkbox"/> Animal de servicio entrenado
<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> <b>Silla de ruedas eléctrica*</b>	<input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación
<input type="checkbox"/> Férula para pierna(s)	<input type="checkbox"/> <b>Motoneta eléctrica*</b>	<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 \_\_\_\_\_