

Concho Valley Transit District

5310 Admisión de clientes ancianos (65+) y discapacitados y solicitud de servicio

Los derechos y responsabilidades del cliente y la divulgación de información se han explicado claramente al cliente: Sí No

Fecha: _____ Número de identificación de cliente: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Género: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: _____

Idioma principal: _____

Domicilio:

Calle/Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Compruebe si la dirección postal es la dirección particular

Dirección postal: Calle/Apto. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Teléfono: (_____) _____ Hogar Movil Otro

Entorno de vida

¿El cliente vive solo? Sí No

En caso negativo, ¿cuál es el número total de miembros de la familia en el hogar, incluido el cliente?

¿El cliente tiene un asistente de cuidado personal? Sí No

Ayudas a la movilidad utilizadas

Marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas larga | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas alta | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas ancha |
| <input type="checkbox"/> Silla tipo cochecito | <input type="checkbox"/> Andador (no plegable) | <input type="checkbox"/> Caminante (plegable) |
| <input type="checkbox"/> Caña/Blanco | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Ortodoncia |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |

Por favor, responda Sí o No... Uso de:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación | <input type="checkbox"/> Ninguno de estos |
| <input type="checkbox"/> Otros (sírvase describir) | | |

Si usa una silla de ruedas o scooter manual o motorizado, ¿tiene más de 30 "de ancho, más de 48" de largo o, cuando está en uso, pesa más de 600 libras? Sí ____ No ____

Condición médica/incapacitante

Haga una lista de todas las condiciones/discapacidades que correspondan:

- | | | | |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parapléjico | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Tetrapléjico |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Legalmente ciego | <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual | |
| <input type="checkbox"/> Artritis (cadera, pierna, otros) | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | |

If other, please explain:

Sírvase explicar la gravedad/nivel/grado de la condición incapacitante:

¿Es esta condición/discapacidad temporal? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, duración esperada hasta: _____

¿Hay alguna otra información médica o efectos de su discapacidad que CVTD debería
¿Sabes en caso de emergencia? (por ejemplo, hepatitis, tuberculosis, asma)

Explicar: _____

Servicio(s) solicitado(s): _____

¿Estás inscrito en? ADA – ADA # _____

Medicaid–Medicaid # _____

Referido por: _____

Información de contacto de emergencia

Nombre de contacto: _____

Teléfono: (_____) _____

Relación: _____

Solo para uso administrativo

Personal que completa la evaluación de elegibilidad:

ID de cliente#: _____ **Aprobado: Si/No** **Fecha de recepción:** _____

Fecha de evaluación: _____

Mayores: Si/No

Discapacitados: Si/No