

Concho Valley Transit District

5310 Solicitud de admisión y servicio para clientes mayores (65+) y discapacitados

Se le han explicado claramente al cliente los derechos y responsabilidades del cliente y la divulgación de información: Si

Fecha: _____ Numero de ID del cliente: _____

Apellido: _____ MI: _____ Nombre: _____

Sexo: Hombre Mujer Fecha de Nacimiento: _____ Idioma Primario: _____

Domicilio: Calle/Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Marque si la dirección postal es su domicilio

Dirección Postal: Calle/Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Numero de Telefono: (____) _____ Casa Celular Otro (Marque Uno)

Ambiente Vecinal

Does the client live alone? Yes No

Si no, cual es el numero total de los miembros de la familia en el hogar, incluyendo al cliente: _____

El cliente tiene un Asistente de Cuidado Personal? Si No

Ayudas de Movilidad Utilizados

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Electrica | <input type="checkbox"/> Scooter Electrico | <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 (Sin-Doblar) |
| <input type="checkbox"/> Andador (Dobable) | <input type="checkbox"/> Baston/Blanco | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Orthopedico |
| <input type="checkbox"/> Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> Prosthesis | <input type="checkbox"/> Ninguno de Estos | |

Por favor marque cual corresponde:

- Oxigeno Portatil Despositivo de Comunicacion Orto, describa: _____
 Ninguna de Estos

Si utiliza una silla de ruedas o un scooter manual o eléctrico, ¿mide más de 30" de ancho, más de 48" de largo o, cuando está en uso, pesa más de 600 libras? Yes ____ No ____

Condicion Medica/Discapacitante

Nombre todas las condiciones/discapacidades que se aplican:

- Paralejico Esclerosis Multiple Derrame Cuadriplejico
 Diabetes Legalmente Ciego Discapacidad Intelectual Artritis (cadera, pierna, orto)
 Epilepsia Asma Alzheimer's Other

Si es otro, por favor explique:

Por favor explique la gravedad/nivel/grado de la condicion de discapacidad:

Es esta condicion/discapacidad temporal? Si ____ No ____

En caso afirmativo, Cual es la duracion esperada: _____

Hay alguna otra información médica o efectos de su discapacidad que CVTD deba conocer en caso de una emergencia?
(Por ejemplo, hepatitis, tuberculosis, asma, diabetes)?

Por favor, explique: _____

Contacto de Emergencia

Nombre del contacto: _____ Numero de Telefono: (____) _____

Relacion: _____

Servicio(s) Solicitados: _____

Esta inscrio en? ADA – ADA# _____ Medicaid – Medicaid # _____

Referido Por: _____

For Administrative Use Only

Staff Completing Eligibility Assessment: _____
Client ID#: _____ **Approved: Y / N** **Date Received:** _____ **Assessment Date:** _____
Elderly: Y / N **Disabled: Y / N**