



## 5310 Solicitud de Elegibilidad



1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. Teléfono: \_\_\_\_\_ Número alternativo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ 5. Sun Metro # de LIFT: \_\_\_\_\_

### 5. Contacto de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al cliente: \_\_\_\_\_

6. ¿Usa un aparato de movilidad personal?  Sí  No

Marque todos los que utiliza:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil             | <input type="checkbox"/> Muletas                         | <input type="checkbox"/> Andador                         |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco                | <input type="checkbox"/> Animal de servicio              | <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico para piernas |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas / motorizada | <input type="checkbox"/> Patineta motorizada             | <input type="checkbox"/> Prótesis                        |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas / manual     | <input type="checkbox"/> Bastón                          | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación         |
| <input type="checkbox"/> Respirador                   | <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique: _____ |  |

7. ¿Hay transportación público disponible dentro de un ¼ de milla de su residencia?

Sí  No

a. ¿Si la respuesta es sí, tiene usted la habilidad de utilizar el vehículo de transportación público equipado con rampa o sistema hidráulica/lift?  Sí  No

Si su respuesta es no, por favor explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Sin asistencia adicional, puede usted llegar a la parada de transportación pública más cercana?

Sí  No  En ocasiones explique, \_\_\_\_\_

9. ¿Su discapacidad es condición permanente o temporal?

Permanente  Temporal



## 5310 Solicitud de Elegibilidad

10. ¿Requiere usted un asistente de cuidado personal?

- Sí       No

11. ¿Puede usted localizar puntos de referencia de su destino sin ayuda?

- Sí       No       En ocasiones

12. Por favor use este espacio para contarnos cualquier cosa que usted quiera compartir sobre los retos relacionados con transporte y su capacidad al momento de viajar o utilizar servicios de transporte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Yo confirmo que la información es verdadera y correcta. Entiendo que si alguna información brindada a Project Amistad (PA) es falsa y engañosa, PA tendrá el derecho de reconsiderar mi derecho a participar en el programa *5310 Transportación para una movilidad mejorada para personas mayores y personas con discapacidades*. Entiendo que se me puede pedir una entrevista en persona para verificar que la información proporcionada es correcta. Si se le pide una entrevista, PA proporcionara transporte.

**IMPORTANTE:** PA solo utilizara esta información para determinar si usted es elegible para utilizar este programa de transporte. PA mantendrá esta información confidencial y segura y solo será utilizada para propósitos de su transportación. PA puede utilizar la información de contacto para solicitar comentarios sobre el programa de transportación, esto incluye proporcionar su número de teléfono y nombre a una compañía tercera para conducir encuestas periódicamente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

---

### **Solo para uso de PA**

**Approved-** I have reviewed the 5310 Application and confirm that the information provided in this form is true and correct. I have reviewed all supporting documentation and agree that the client is eligible to use transportation services.

**Denied-** I have reviewed the 5310 Application and confirm that the information provided in this form is true and correct. I have reviewed all supporting documentation and agree that the client is not eligible to use transportation services.

**Reason for denial:** \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
(Print Name)