



**Formulario de Recertificación Anual para las
Personas Desventajadas que Requirieren Transporte**

Este formulario es necesario para continuar recibiendo los servicios de transporte de Neighborly Care Network a través del Programa de Transporte para los Desventajados de Pinellas Suncoast Transit Authority (PSTA).

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____

1. ¿Es residente del Condado de Pinellas? Si No
2. ¿Tiene 60 años o más? Si No
3. Durante los próximos doce (12) meses, ¿tiene transporte para sus desplazamientos esenciales (comestibles, atención medica), sin los servicios de transporte de Neighborly? Si No
4. ¿Utiliza algunos de los siguientes?: bastón, andador, o silla de ruedas? Si No
5. ¿Está inscrito en un plan de Medicaid? Si No

Al firmar este documento, afirmo que toda la información es completa y verdadera. Entiendo que este formulario se requiere para continuar recibiendo los servicios de transporte patrocinado por el Programa de Transporte para los Desventajados de Pinellas Suncoast Transit Authority's (PSTA).

Escriba su Nombre: _____

Su Firma: _____ Fecha: _____