

Registro de Transporte para los Clientes

NSS* (OPCIONAL): _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nombre Legal: _____ Inicial del Segundo Nombre: ____ Apellido: _____

Dirección Completa: _____

Teléfono de Casa #: (____) _____ - _____ Teléfono Celular #: (____) _____ - _____

Información voluntaria solicitada con fines estadísticos:

GÉNERO:

- Masculino
 Femenino

¿TIENE FIBROSIS QUÍSTICA?

- No Si

RAZA/ETNICIDAD:

- Blanco/No-Hispano
 Africano-Americano
 Hispano
 Nativo Americano
 Otra: _____

IDIOMA PRINCIPAL:

- Inglés Español
 Otro idioma: _____

ESTADO MATRIMONIAL:

- Soltero
 Casado
 Divorciado
 Separado
 Enviudado
 Otro: _____

TIPO DE RESIDENCIA:

- Soy residente el año entero
 Sólo durante temporadas
 Mi residencia está en el campo

¿ES UN VETERANO?

- Si No

¿ESTÁ INSCRITO EN UN PLAN DE SEGURO DE MEDICAID?

- Si No

MARQUE A TODAS QUE LE CORRESPONDAN:

- Estoy sin medios de transporte
 Uso una silla de ruedas
 Camino con dificultad
 Uso bastón o andador
 Vivo solo
 Necesito asistencia para evacuar
 Discapacidad auditiva
 Discapacidad visual

¿TIENE UN CUIDADOR QUE VIVE CON USTED?

- Si No:

Nombre: _____

Teléfono: _____

¿Tiene usted alguna discapacidad o condición de salud que debamos conocer? _____

¿Tiene usted siempre un transporte para sus viajes vitales (comida, atención médica)? Si No

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: (____) _____ - _____

Al firmar este formulario, declaro que la información que he proporcionado es verdadera y completa a mi entender. Entiendo que este documento es necesario para recibir servicios a través de Neighborly Care Network, financiado por la Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc. y el Programa de Transporte para las Personas con Desventajas de Pinellas Suncoast Transit Authority (PSTA).

FIRMA DEL APLICANTE: _____ **FECHA:** _____

***¿POR QUÉ NEIGHBORLY CARE NETWORK RECOPILA SU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL?**

Su número de seguridad social es confidencial por ley. No podemos recopilar su número de seguridad social a menos que le expliquemos por escrito el motivo por el que lo necesitamos. Neighborly Care Network recopila su número de seguridad social como parte de nuestra responsabilidad de realizar evaluaciones. No utilizaremos ni divulgaremos su número de seguridad social por ningún otro motivo, incluidas las derivaciones a otras agencias, a menos que usted haya firmado un formulario consintiendo en la divulgación de esa información a otra agencia. El "Aviso de prácticas de privacidad" de Neighborly Care Network se publica en nuestros autobuses o se puede solicitar llamando al número que aparece en la parte superior de este formulario. Si desea presentar alguna queja sobre sus servicios, llame al (727) 573-9444. Además, si por alguna razón no está satisfecho con la decisión de Neighborly Care Network, tiene el derecho a apelar ante la Area Agency on Aging of Pasco-Pinellas, Inc.

Al devolver este formulario, reconoce que ha recibido una copia de la declaración del aviso de prácticas de privacidad (HIPAA).