



Distrito de Tránsito Urbano de Texarkana

SOLICITUD DE PARATRANSITO



Complete este formulario y envíelo a: TUTD 1402 Texas Blvd, Texarkana TX 75501 o envíe un correo electrónico a: pdurham@atcog.org

Para comunicarse con el Despachador: 903-794-8883 y elija Paratransit o Direct 903-794-0435

La parte inferior de este formulario DEBE ser completada por un Profesional Médico

NOMBRE (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Teléfono de casa: Célula:		Fecha de nacimiento
Dirección, ciudad, estado, código postal				
¿Se necesita asistente de cuidado personal? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		¿Utilizas una silla de ruedas? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Eléctrica <input type="checkbox"/> Scooter <input type="checkbox"/>		
¿Utiliza un perro guía? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	¿Usas bastón? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	¿Usas un andador? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Persona para notificar en caso de emergencia Nombre _____ Telefono no. _____				
Firma del solicitante:		Fecha:		
Si la solicitud está siendo completada por alguien que no sea el solicitante, firme aquí Nombre: _____ Relación: _____				
**** LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO ****				
Discapacidad/diagnóstico médico: (Defina POR QUÉ el solicitante no puede viajar en el autobús de ruta fija)				
¿Se requiere un asistente de cuidado personal? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Peso del cliente <input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> de gran tamaño y silla de ruedas: _____ libras		
Prof. Médico #	Nombre de la instalación	Verificación del nombre profesional	Verificación de la firma del profesor	
SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE TUTD				
Autorizado por y Fecha		<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Recertificación <input type="checkbox"/> DENEGADO (Si está marcado, complete la siguiente línea)		
Indique el motivo de la denegación				

CUALQUIER SOLICITANTE A QUIEN SE LE NIEGUE LA ELEGIBILIDAD TIENE HASTA 60 DÍAS PARA APELAR LA DECISIÓN POR ESCRITO

