



## OFICINA DE TRANSPORTE

### Aplicacion Para-Transito General

ESTIMADO SOLICITANTE:

**TENGA EN CUENTA:** Este es un servicio de transporte **“ACERCA a ACERCA”**. **NO incluye asistencia para llegar y salir del vehículo de transporte.**

- Esta información se utilizará para determinar su elegibilidad para participar en los servicios de transporte, según lo proporciona la Oficina de Transporte del Condado de Anne Arundel.
- Esta información se mantendrá confidencial de acuerdo con la ley del estado de Maryland.
- Proporcionar información falsa o engañosa puede constituir un delito punible por ley y una descalificación automática para el transporte.
- El procedimiento de solicitud se considera completado una vez que la Oficina de Transporte del Condado de Anne Arundel ha finalizado su revisión y ha determinado su elegibilidad. Durante este proceso, el Condado de Anne Arundel puede acordar proporcionarle transporte por un período inicial, pero sin exceder los veintiún (21) días. Una vez que se reciba su solicitud completa, se le notificará por escrito su capacidad para participar en el programa.

### **INSTRUCCIONES:**

- **Este formulario debe ser completado por el solicitante - (SI ES POSIBLE)**
- **Por Favor IMPRIMA claramente y recuerde FIRMAR en la Sección 5.**
- **Si corresponde, y recibió ayuda o asistencia para hacer esta solicitud, también deben completar la Sección 6 y Firmar.**
- **Completa TODAS las secciones. Se devolverá una solicitud incompleta.**
- **DEBE INCLUIR una “COPIA” de una FOTO VÁLIDA ACTUAL (Y) VÁLIDA. - (Ya sea una licencia de conducir de Maryland (o) una tarjeta de identificación del Departamento de Vehículos Motorizados).**

**FOR OFFICE USE ONLY**

Uso de Oficina

Date Rec'd \_\_\_\_\_

Temp. \_\_\_\_\_ Perm. \_\_\_\_\_

Reviewer: \_\_\_\_\_

**SECTION 1 – APPLICANT INFORMATION (INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE):**

First Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_ Last Name (*Apellido*) \_\_\_\_\_

Address (*Direccion*): \_\_\_\_\_ APT/UNIT No. \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
(*Cuidad*) (*Estado*) (*Codigo Postal*)

Telephone: (Home) \_\_\_\_\_ (Work/Cell) \_\_\_\_\_  
(*Telefono de casa*) (*Telefono de trabajo/celular*)

Email Address: \_\_\_\_\_ Gender (Circle One): Male Female  
(*Correo electronico*) (*Genero: Masculino Mujer*)

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Mailing Address (If different from the Residential Address):  
*Direccion postal (si es diferente de la direccion residencial)*

Address (*Direccion*): \_\_\_\_\_ APT/UNIT No. \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
(*Cuidad*) (*Estado*) (*Codigo Postal*)

IN CASE OF EMERGENCY, PLEASE CONTACT:  
(*EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTE*)

First Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_ Last Name (*Apellido*) \_\_\_\_\_

Address (*Direccion*): \_\_\_\_\_ APT/UNIT No. \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
(*Cuidad*) (*Estado*) (*Codigo Postal*)

Telephone: (Home) \_\_\_\_\_ (Work/Cell) \_\_\_\_\_  
(*Telefono de casa*) (*Telefono de trabajo/celular*)

## **SECCIÓN 2-LIMITACIONES FÍSICAS O DE HABILIDAD:**

Describa su capacidad física y/o limitaciones, incluida cualquier discapacidad que limite su movilidad:

---

Limitación(es) a largo (o) a corto término: \_\_\_\_\_

Si esta es una limitación a corto termino, ¿cuál es la duración esperada?

---

## **SECCIÓN 3 – ASISTENCIA PARA VIAJES:**

Por favor, compruebe si tiene alguna de las siguientes necesidades:

\_\_\_\_ Bastón                      \_\_\_\_ Muleta                      \_\_\_\_ Silla de ruedas eléctrica

\_\_\_\_ Silla de ruedas              \_\_\_\_ Andador                      \_\_\_\_ Scooter (Moto)

\_\_\_\_ Oxígeno                      \_\_\_\_ Animal de servicio              \_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Ninguna de las Anteriores

¿Eres capaz de llegar y salir de su casa (y) a la acerca sin ayuda? \_\_\_\_\_

Si utiliza una silla de ruedas:

¿Puede transferirse a un automóvil sin una cantidad mínima de ayuda?    SI \_\_\_\_    NO \_\_\_\_

¿Cuál es el peso aproximado de su silla de rueda? \_\_\_\_\_ Lbs.

¿Cuál es el ancho aproximado de su silla de ruedas? \_\_\_\_\_ Ft.

¿Necesita un asistente de atención personal para ayudarle? \_\_\_\_\_

---

¿Está actualmente certificado para utilizar algún otro servicio de tránsito como; ¿Asistencia médica, servicios sociales, servicio de paratransporte de MTA, etc.? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ No

En caso afirmativo, indique todos los que correspondan:

---

---

## SECCIÓN 4 – CAPACIDAD FUNCIONAL

Por favor responda TODAS las siguientes preguntas:

¿Eres físicamente capaz de hacer estas cosas?

1. ¿Camina o usa una silla de rueda/scooter por 200 pies? SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A Veces \_\_\_\_
2. ¿Subir tres peldaños de 12 pulgadas sin ayuda? SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A Veces \_\_\_\_
3. ¿Espera afuera por hasta 15 minutos? SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A Veces \_\_\_\_
4. ¿Viaja a / desde su casa (o hacia) donde se encuentra la camioneta de tránsito? (Como la acerca -**NOTA:** Esto (NO) sera su camino de entrada de auto):  
SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A Veces \_\_\_\_
5. ¿Puede regresar a su residencia desde el punto de entrega sin ayuda?  
SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A Veces \_\_\_\_
6. Si obtiene algún paquete durante su viaje (como comestibles, etc.), ¿puede regresar a su hogar sin ninguna ayuda para usted o ayuda con los paquetes?  
SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## SECCIÓN 5 – VERIFICACIÓN:

**AQUÍ CERTIFICO** que, bajo las penas de perjurio, la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo que la Oficina de Transporte del Condado de Anne Arundel se basará en esta información, mientras toma una decisión final, en cuanto a mi elegibilidad para participar en este programa. Además, reconozco y comprendo que si alguna de la información proporcionada a la Oficina de Transporte del Condado de Anne Arundel es falsa o engañosa, la Oficina de Transporte del Condado de Anne Arundel tiene el derecho de revocar cualquier privilegio de transporte y/o, hacer más las condiciones sobre mí, ya sea a favor o en mi contra, con respecto a la participación en el programa de Transporte.

Print Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_

Signature (*Firma*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Witness (*Testigo*) \_\_\_\_\_ Date (*Fecha*) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SECCIÓN 6 – ASISTENCIA A LA APLICACIÓN:**

Si ha completado esta solicitud en nombre de otra persona, o ha ayudado al solicitante a completar esta solicitud, proporcione su información de contacto: (IMPRIMA POR FAVOR):

---

First Name (*Nombre*) \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_ Last Name (*Apellido*) \_\_\_\_\_

Address (*Dirección*): \_\_\_\_\_ APT/UNIT No. \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
(*Ciudad*) (*Estado*) (*Código Postal*)

Telephone: (Home) \_\_\_\_\_ (Work/Cell) \_\_\_\_\_  
(*Teléfono de casa*) (*Teléfono de trabajo/celular*)

Your Email Address: \_\_\_\_\_ Relationship to Applicant: \_\_\_\_\_  
(*Correo electrónico*) (*Relación con el solicitante*)

Your Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(*Su firma*) (*Fecha*)

**POR FAVOR ENVÍE LA INFORMACIÓN COMPLETADA A:**

**ANNE ARUNDEL COUNTY  
OFFICE OF TRANSPORTATION  
7409 Baltimore Annapolis Blvd.  
Glen Burnie, Maryland 21061**

**PUEDE LLAMAR A:**

**410-222-0022 (OR) 410-222-0225**

**O ENVIAR CORREO ELECTRONICO A:**

[trbrys32@aacounty.org](mailto:trbrys32@aacounty.org)  
[transportation@aacounty.org](mailto:transportation@aacounty.org)