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)

____ Oxigeno ____ 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 *(Direccion)*: _____ APT/UNIT No._____

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

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

Your Email Address: _____ Relationship to Applicant: _____
(Correo electronico) *(Relacion con el solicitante)*

Your Signature _____ Date ____ / ____ / _____
(Su firma) *(Fecha)*

POR FAVOR ENVÍE LA INFORMACIÓN COMPLETADA A:

ANNE ARUNDEL COUNTY
OFFICE OF TRANSPORTATION
7060 Aviation Blvd.,
Glen Burnie, Maryland 21061

PUEDE LLAMAR A:

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

O ENVIAR CORREO ELECTRONICO A:

trday000@aacounty.org
transportation@aacounty.org