



Llevándole a donde  
usted necesita ir.

# Servicios de Transportación y Movilidad del Condado de Guilford

301 W. Market Street (27401)  
P.O. Box 3427 (27402)  
Greensboro, North Carolina 27401  
Teléfono (336) 641-4848 Fax (336) 272-4446

## Formulario de Elegibilidad para Transportación Médica en General y para Educación

(Incluye a personas que tienen menos de 60 años de edad que asisten a la Guardería de Adultos)

Puede haber una tarifa de \$1.60 de ida por estos viajes.

- Favor de usar letra de molde.
- Complete una solicitud separada para cada individuo que este pidiendo servicio.
- La solicitud puede ser completada por la persona recibiendo el servicio o por su cuidador.
- La información que usted provea no será distribuida a nadie que no este asociado con el sistema de transito.
- El Procesamiento toma de uno a dos días. Una vez procesado, usted será contactado.

### Primeramente, necesitamos el Nombre y la Dirección de la persona quien recibirá el servicio de transportación:

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

(Nota: Usted no es elegible para los servicios de transportación si vive dentro de los límites de Greensboro o High Point.)

Teléfono de la Casa # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Teléfono Móvil # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si su dirección es una casa de grupo u otra instalación/lugar con nombre (es decir, complejo de apartamentos), escriba por favor el nombre abajo.

\_\_\_\_\_

### En segundo lugar, necesitamos los nombres de dos personas y/o agencias a quienes podamos contactar en el evento de una emergencia:

Por favor, marque si la persona nombrada abajo es el contacto principal en vez de la persona solicitando el servicio.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono Móvil # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono Móvil # (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

**Continúa en la próxima página**

**En orden de hacer una evaluación exacta de sus necesidades de transportación y ofrecerle un servicio valioso, necesitamos saber lo siguiente**

¿La persona que solicita el servicio tiene un impedimento físico o mental que limite considerablemente unas o más actividades importantes de la vida?

Si  No Si contesta que si, por favor describa brevemente el impedimento:

---

---

La persona que solicita el servicio utiliza...

Andador  Silla de Ruedas  Silla de Ruedas Eléctrica  Escuter Motorizado  Tanque de Oxígeno

La persona solicitando el servicio usualmente estará viajando...

sola  con niños  con un acompañante/asistente de cuidado personal  con un perro lazarillo o guía.

¿Alguien necesita estar en casa cuando la transportación deja a la persona en casa?  Si  No

¿Cuál será el propósito del viaje? (puede marcar más de una)

Médica  Guardería de Adulto  Educación  
(no es recipiente de Medicaid o menor de 60 años de edad) (menor de 60 años de edad)

**Verificación de la Información**

Yo certifico que la información, que mi agencia y yo hemos proveído, es cierta y correcta Entiendo que si esta aplicación es aprobada, debo seguir las reglas y regulaciones dispuestas por el departamento de transportación del Condado de Guilford.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona solicitando el servicio o de su cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*\* Por favor, tome nota de que si usted es mayor de 60 años de edad, recibe Medicaid y/o estará tomando un viaje para su trabajo Necesita completar una solicitud de elegibilidad diferente.\*\***

**Autorización de Transportación:** (Para ser completado por el personal de Servicios de Transportación y Movilidad del Condado de Guilford)

Servicio Proporcionado

Pases de Autobús  GTA  Hitran  PART

Transportación  MV  ACTA

Tarifa Requerida

Autorizado por:

\_\_\_\_\_  
Personal de Transportación del Condado

\_\_\_\_\_  
Fecha



**“Dedicados a ofrecer servicios de calidad orientados al cliente”**