

**LOUDEN NELSON COMMUNITY CENTER
301 CENTER ST.
SANTA CRUZ, CA 95060**

**COMMUNITY BRIDGES - LIFT LINE
APLICACION DE TRANSPORTE**

APPLICANT INFORMATION

Nombre:		Segundo Nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		¿Es veterano(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de teléfono:	
Lenguaje preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (cual): _____				Numero de celular:	

DOMICILIO DE HOGAR (DONDE SERA RECOGIDO(A) PARA SERVICIOS DE TRANSPORTACION)

Domicilio de hogar:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Casa <input type="checkbox"/> Complejo de apartamentos <input type="checkbox"/> Parque de casa móviles <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos (circule uno) <input type="checkbox"/> Otro: _____					

DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO DE HOGAR)

Dirección postal (tache aquí si es igual a la de arriba <input type="checkbox"/>):					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de familiar:			Número de teléfono:		
Domicilio:			Numero de celular:		
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Relación:					

DEMOGRAPHICS

Etnia/raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Latino(a) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano(a) <input type="checkbox"/> De las islas del pacífico <input type="checkbox"/> Otro: _____					
Ingresos anuales del hogar:		Miembros en el hogar:		Sexo: Masculino Femenino NA	

INFORMACION DE TRANSPORTACION

¿Es ambulatorio (puede caminar)?			¿Usa silla de ruedas?		
¿Medida de su silla?			¿Si usa silla, puede ser transferido(a) a un asiento?		
¿Usa ayuda para movilidad? <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Perro de servicio <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____					
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Deficiencias auditivas <input type="checkbox"/> Discapacidad mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____					

DOCUMENTOS/VERIFICACION REQUERIDA

¿Es mayor de 60 de edad (circule uno) ? Yes No					
Si es menor de 60, necesitara mandar comprobante de discapacidad con su aplicación: <input type="checkbox"/> Nota de doctor <input type="checkbox"/> ParaCruzID <input type="checkbox"/> Discapacidad del estado <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____					
Verificación de ingresos (por favor de incluir copia con su aplicación): <input type="checkbox"/> Impuestos recientes <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Declaración de ingresos <input type="checkbox"/> Otro: (Especifique): _____					

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE PARTE SI OTRA PERSONA QUE NO SEA EL SOLICITANTE LLENO LA APLICACION

Nombre:			Título:		
Relación al cliente:		Firma:		Fecha:	

FIRMA

Al firmar abajo, certifico que la información contenida en este documento es correcta a mi conocimiento					
Nombre:			Fecha:		
Firma del solicitante:					

OFFICE USE ONLY

Date received:		Approved for: <input type="checkbox"/> TDA <input type="checkbox"/> OOC <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> TS _____		Letter sent date:		Database Entry:	
Received by:		Approved by: _____		Initials:		Initials:	