

Solicitud de elegibilidad temporaria para el servicio de transporte público de paratransito

Fecha:

Fecha de nacimiento:

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Número de teléfono residencial: _____

Número de teléfono móvil: _____

Dirección postal: _____

1. Solicito la certificación de elegibilidad temporaria para el servicio de transporte público de paratransito porque:

2. Actualmente uso, o necesitaré usar, las siguientes asistencia para mi movilidad:

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Máquina de oxígeno portátil o respirador | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Caminador | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada o carrito motorizado | <input type="checkbox"/> No corresponde |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas de 24 a 34 pulgadas de ancho | <input type="checkbox"/> Otra respuesta: |

3. Firma del solicitante: _____

Certificación de médico tratante

Duración del tratamiento o la recuperación: _____

Nombre del médico tratante: _____

Número de certificación o número de licencia del estado de Nueva York: _____

Certifico (1) la veracidad del motivo por el que se solicita la elegibilidad temporaria y (2) que el solicitante no puede utilizar los servicios de autobús de ruta fija RTS durante el período de recuperación debido a esta discapacidad temporaria.

Firma del médico tratante: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo por correo a: RTS Access, 1372 E. Main St. Rochester, NY 14609

O envíe el formulario completo por correo electrónico a: access@myrts.com