

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO COMPARTIDO (PUERTA A PUERTA)

Nombre del solicitante (escriba con letra de molde legible)

Fecha:

Si busca transporte de Medicaid, llame al (866) 762-2237

Retransmisión de voz de Florida: (800) 955-5700; TTY: (800) 955-8771

- ¿Qué tipo de servicios de Paratrásito solicita? ADA y/o TD
(Consulte los requisitos de elegibilidad)
- ¿Solicita servicios de transporte para diálisis o quimioterapia? Sí No
- Programa de pases de autobús TD (Consulte los requisitos de elegibilidad)

Para preguntas o para presentar esta solicitud, póngase en contacto con nuestra oficina en:

Horario de oficina: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Dirección: Lake County Transit Management

560 E. Burleigh Blvd., Tavares, FL 32778

Teléfono: (352) 742-2612 opción 2 Fax: (352) 508-5488

Correo electrónico: lctm@ratpdev.com

INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE LAKE COUNTY CONNECTION

Lake County Connection puede ser utilizado para citas médicas, nutricionales (incluye la compra de comestibles), empleo, educación y viajes para mantener la vida (social/recreativa). La información que se pide en esta solicitud está destinada a ayudarnos a determinar el programa de financiación para el que usted puede calificar.

Para ayudar a determinar su nivel de elegibilidad, es posible que los solicitantes deban asistir a una entrevista presencial. Toda la información proporcionada podrá ser verificada y confirmada. Adjunte cualquier documentación de apoyo que se solicite en las siguientes secciones.

Todos los usuarios de Lake County Connection deben completar una solicitud sin importar si el solicitante es nuevo, vuelve a solicitarlo, reside en un hogar de ancianos o es un paciente de diálisis.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

CALIFICACIONES Y LINEAMIENTOS DE ADA:

- Por lo general, este programa atiende las áreas urbanas de Lake County y opera en conjunto con el servicio de autobús de ruta fija LakeXpress (LX).
- Este programa es para cualquier viaje cuyo origen y destino estén dentro de un radio de tres cuartos (3/4) de milla de una ruta fija de LX. Esta área se conoce como el Corredor ADA.
- Este programa opera en los mismos días y horarios que los servicios LX. Dado que este programa opera en conjunto con el programa de ruta fija LX, este programa sólo es utilizable si un individuo pudiera hacer un viaje similar utilizando el programa LX directamente.
- Este programa está destinado a personas que tienen una discapacidad o condición que impide al solicitante utilizar de forma independiente el servicio del programa de ruta fija LX todo el tiempo, temporalmente, o sólo en determinadas circunstancias. Todas las discapacidades y/o condiciones deben ser verificadas por un profesional médico aceptable y documentadas en el Formulario de Verificación Médica (MVF) de esta solicitud.
- Tener una discapacidad y/o condición por sí sola no garantiza la elegibilidad bajo el programa ADA. La elegibilidad se basa en la capacidad funcional del individuo para utilizar el programa de ruta fija LX y no es una decisión médica o psiquiátrica.
- El proceso de certificación de la ADA puede involucrar una entrevista telefónica y/o una evaluación funcional personal para determinar si se pueden satisfacer las necesidades de tránsito del solicitante y cómo hacerlo.
- Todos los viajes del programa ADA tienen una tarifa de \$2.00 por trayecto y no son elegibles para ningún programa de reducción de tarifas.

CALIFICACIONES Y DIRECTRICES PARA EL TRANSPORTE PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESVENTAJA (TD):

- Este programa típicamente atiende las áreas rurales de Lake County y permite el transporte en áreas que el servicio de autobús de ruta fija LakeXpress (LX) no alcanza. Por lo tanto, este programa permite servicios de transporte que no están cubiertos por el programa ADA.
- Para determinar si un solicitante cumple con los criterios de elegibilidad del programa TD, en primer lugar el solicitante debería no tener ningún otro medio de transporte disponible (incluido el servicio de autobús de ruta fija LakeXpress) y cumplir con al menos uno de los siguientes criterios:
 - La edad del solicitante es superior a 60 años; o
 - Tiene una discapacidad reconocida; o
 - Los ingresos brutos anuales por hogar del solicitante son iguales o inferiores al **200%** de las directrices de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)
- Tenga en cuenta que el solicitante debe proporcionar información sobre todos los campos de los criterios para tomar una determinación precisa.
- La ausencia de otros medios de transporte disponibles para una persona también incluye el acceso a cualquier pariente en un hogar que pueda manejar un vehículo en su nombre y/o a posesión de un

vehículo sin restricciones de funcionamiento evidentes. Tenga en cuenta que la falsificación de la propiedad o de la accesibilidad a un vehículo es motivo de revocación de la elegibilidad de un solicitante de TD actual y puede incluso excluir a una persona para futuras oportunidades de servicio.

- Se requiere una prueba de los **ingresos del hogar** para todos los individuos que perciben un ingreso dentro del hogar, a menos que haya una razón legítima que cree una separación de los ingresos dentro de los hogares, como la relación inquilino/arrendatario.

Este programa es financiado por el estado y dependiendo de la disponibilidad de fondos, los viajes pueden ser negados según el propósito del viaje. Las prioridades de los viajes se clasifican en orden de mayor prioridad de la siguiente manera (1) Médico crítico, (2) Otros médicos, (3) Nutrición, (4) Empleo, (5) Educación, y (6) Viajes de sustento de vida/otros (recreativos).

- El programa TD funciona de lunes a viernes para todos los viajes según los fondos disponibles. Los servicios de los sábados se prestan únicamente para viajes médicos críticos (diálisis). El programa no ofrece ningún servicio los domingos.
- El programa TD proporciona viajes fuera del condado a Gainesville sólo los lunes, miércoles y viernes. Los viajes a Orlando se proporcionan solo los martes y jueves.
- Todos los viajes del programa TD dentro de los límites de Lake County tienen una tarifa de \$2.00 por trayecto. Para los viajes a Gainesville, la tarifa es de \$10.00 por trayecto. Para viajes a Orlando, la tarifa es de \$5.00 por trayecto. Los solicitantes pueden pedir una solicitud para casos de dificultad que, de ser elegible, modificaría la tarifa requerida para ciertos viajes del programa TD.

PROGRAMA DE PASES DE AUTOBÚS TD

- Se proporciona un pase de autobús de ruta fija sin costo alguno a las personas que reúnen los requisitos y que no pueden utilizar el sistema de ruta fija por motivos económicos. Los destinatarios elegibles reciben los pases de autobús únicamente por correo de los Estados Unidos. Los pases de autobús TD no pueden recogerse en las instalaciones del Condado.
- Para calificar para el Programa de Pases de Autobús TD, usted debe vivir en Lake County, no contar con medios de transporte, incluso con familiares y amigos, y tener un ingreso igual o menor al 200% del nivel federal de pobreza.

¿Cómo puedo obtener un pase de autobús TD?

- Complete y envíe por correo la solicitud, junto con la prueba de ingresos requerida, a la dirección que aparece en la solicitud.
- Para comprobar el estado de su solicitud llame al 352-742-1940 después de tres semanas (21 días) de haber presentado su documentación.
- Los clientes de TD elegibles pueden recibir un pase de autobús de 30 días, un pase de autobús de 10 días no consecutivos, o un pase de autobús de todo el día sin costo alguno para el pasajero.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

1. Al completar la solicitud, escriba a máquina o con letra de molde legible y firme donde se indica.
2. No se aceptarán solicitudes ilegibles, incompletas o sin firmar, y serán devueltas. Si se envía por correo electrónico, el único formato aceptable de la solicitud es el PDF de un escáner de documentos reales. No se aceptan escáneres con cámara.
3. El trámite de esta solicitud puede tardar hasta **21** días naturales. El período de **21 días** comienza después de que se reciba una solicitud completa (que incluya todos los documentos de apoyo requeridos que deben adjuntarse).
4. Todos los solicitantes recibirán una notificación con el resultado de la solicitud por carta o correo electrónico.
5. Las solicitudes permanecerán activas durante aproximadamente (dos años).
6. Completar esta solicitud no indica automáticamente la aprobación del programa ADA, del programa TD o de ambos.
7. Para facilitar la cumplimentación de esta solicitud, las secciones estarán marcadas con logotipos. Algunas secciones son requeridas por ambos programas, pero si un solicitante desea solicitar sólo el programa ADA o sólo el programa TD, entonces complete las secciones con los siguientes logotipos

Program ADA -



Programa TD -



Lake County Connection usará la información en esta solicitud solo para la prestación de servicios de transporte. La información no será proporcionada a ninguna otra persona o agencia fuera del sistema de Lake County Transit.



Sección 1 – Programa ADA y TD

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre.: _____

Dirección: Calle: _____ Apto #: _____ Edificio. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la subdivisión, complejo, instalación o intersección/ruta de autobús más cercana:

Si la subdivisión, el complejo o las instalaciones son una comunidad cerrada, indique el código de la puerta: _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior):

Masculino Fec. Nac.: _____ SSN: _____

Femenino Tel. de casa: _____ Tel. celular: _____

Correo electrónico (opcional): _____

¿Es beneficiario de Medicaid? Sí No N°. Medicaid: _____

¿Necesita materiales o correspondencia en un formato alternativo? Sí No

➤ En caso afirmativo, especifique: Letra grande Archivo de audio por (CD o memoria flash)

Contacto de emergencia

Nombre	Relación	Núm. contacto principal	Núm. contacto secundario

Contacto de emergencia alternativo

Nombre	Relación	Núm. contacto principal	Núm. contacto secundario

¿Autoriza a otra(s) persona(s) a realizar los trámites de viaje en su nombre? En caso afirmativo, complete el siguiente cuadro con la información solicitada:

Nombre	Núm. teléfono

Si reside en un centro (residencia de ancianos, residencia asistida, etc.), ¿cuenta con un vehículo para transportar a los residentes? Sí No

¿Ha sido transportado alguna vez por el centro? Sí No

Enumere cualquier impedimento, discapacidad u otra condición que pueda tener que le impida utilizar el programa de servicio de autobús de ruta fija de LakeXpress:

¿Desde cuándo tiene esta enfermedad? _____ ¿Su Enfermedad es permanente? _____

Indique a continuación si utiliza alguno de los siguientes dispositivos o equipos de movilidad:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Abrazaderas para piernas | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para caminar | <input type="checkbox"/> Necesita cuidador/acompañante personal | |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio (describa): _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |



Sección 2 –Programa ADA

Capacidad funcional según la ADA

Sin la ayuda de otra persona, puede:

¿Subir a un autobús?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Leer/entender direcciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Manipular las monedas y los transbordos de los autobuses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Caminar por una acera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Desplazarse hasta la parada de autobús más cercana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Pararse en una parada de autobús?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Identificar el autobús correcto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Caminar ¼ de milla?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Subir un escalón de 12 pulgadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cruzar una calle?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Mantener el equilibrio mientras está sentado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Agarrar asideros y barandillas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dar tu dirección y número de teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Reconocer puntos de referencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Esperar fuera más de 15 minutos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Andar entre multitudes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Puede viajar por su cuenta? Sí No

Si utiliza un dispositivo de ayuda a la movilidad, ¿la puerta/entrada de su residencia es accesible?¹ Sí No

¿Ha utilizado o utiliza actualmente el servicio de ruta fija LakeXpress?² Sí No

¹ Nota: Los conductores de LCC no pueden ayudar a los dispositivos de movilidad a entrar o salir de una residencia, subir o bajar escaleras, o a través de la hierba o la.

² Nota: Todos los autobuses de LCC y LakeXpress son totalmente accesibles con elevadores/rampas para sillas de ruedas y muchos de los autobuses de LakeXpress pueden arrodillarse para facilitar el acceso.

¿Qué tan lejos puede caminar? _____
movilidad? _____

¿Hasta dónde puede caminar con una ayuda para la

¿Necesita el elevador de sillas de ruedas para subir al autobús? Sí No

Tiene alguna extremidad enyesada, ortopédica, fusionada o que no se pueda doblar? Sí No

Si no utiliza el servicio LakeXpress, lea las siguientes declaraciones y marque todas las que le correspondan. Puede seleccionar más de una:

- Tengo una discapacidad temporal que me impide llegar a la parada del autobús o utilizar el servicio. Necesitaré el servicio ADA sólo hasta que me recupere.
- No puedo llegar a la parada del autobús.
- Tengo una discapacidad cognitiva que me impide recordar y comprender todo lo que debo hacer para encontrar el camino hacia y desde la parada del autobús, y para viajar en él.
- Tengo una discapacidad visual que me impide encontrar el camino hacia y desde la parada del autobús.
- Tengo una enfermedad grave. Mi enfermedad provoca una discapacidad que me impide utilizar el servicio regular de autobuses.
- Tengo una discapacidad episódica. Puedo utilizar los servicios de ruta fija de LakeXpress en los días en que me encuentro bien, pero en los días malos, no puedo llegar a la parada del autobús, ni siquiera subirme a él.

NOTA: La Oficina de Servicios de Tránsito de Lake County ofrece Entrenamiento de Viaje para los servicios de ruta fija de LakeXpress (LX) para enseñar a las personas a usar los servicios LX. La participación en el Programa Travel Training no afectará su elegibilidad para el servicio de Paratransito de la ADA.

- Marque aquí si le interesa recibir información adicional sobre Travel Training.

El Programa de Paratransito de la ADA requiere que se complete un Formulario de Verificación Médica (MVF) por un profesional médico autorizado aceptado. El Formulario de Verificación Médica (MVF) son las últimas dos (2) páginas de esta solicitud.



Sección 3 – Programa TD

¿El servicio de ruta fija LakeXpress es accesible desde su hogar? Sí No

¿Hay alguna circunstancia que le impida utilizar el servicio de autobús LakeXpress? Sí No

No En caso afirmativo, describa: _____

¿Tiene citas médicas programadas semanalmente? Sí No

¿Cuántas citas médicas suele tener al mes? _____

¿Cómo se desplaza actualmente a su(s) destino(s)?

Autobús Taxi Conduce usted mismo Otro (explique): _____

¿Actualmente tiene un vehículo de motor? Sí No En caso afirmativo, ¿qué le impide conducir el vehículo? _____

¿Tiene familiares o amigos que puedan transportarle? Sí No

¿Cuáles son los nombres y las edades, incluyéndose usted, de las personas que viven en su hogar?

¿Alguien que viva en su hogar tiene un automóvil? Sí No *En caso afirmativo, proporcione una carta en la que explique por qué cualquier vehículo disponible en el hogar no es accesible para las necesidades de transporte del solicitante.*

Indique el motivo por el que solicita los servicios del programa de Transporte para personas en situación de desventaja (TD) (marque todo lo que corresponda):

- No vivo dentro del área de servicio de ruta fija de LakeXpress.
- Tengo 60 años de edad o más.
- Mi nivel de ingresos está por debajo de las directrices federales de pobreza actuales (se requiere prueba de ingresos)
- Tengo una discapacidad reconocida.
- Otro (especifique): _____

Verificación de ingresos

¿Cuáles son los **ingresos mensuales combinados de todas las personas que viven en el hogar** \$ _____

¿Recibe actualmente asistencia pública, como cupones de alimentos? Sí No

➤ En caso afirmativo, ¿cuánto recibe mensualmente? \$ _____

Desglose de los ingresos mensuales: incluya todos los salarios, pagos por discapacidad, pagos del Seguro Social, pensiones, dividendos, inversiones, etc. que conforman el **total de los ingresos brutos anuales de su hogar.**

Para procesar su solicitud, se requiere una **prueba de ingresos de todas las personas que componen el ingreso total del hogar**. Esta información debe presentarse con la solicitud.

Indique el total de los ingresos familiares de cada una de las siguientes categorías:

Salario: \$ _____ SSI: \$ _____ SSDI: \$ _____ Pensión: \$ _____

Intereses/dividendos: \$ _____ Compensación laboral: \$ _____ Familiares: \$ _____

Otros (explique): _____ \$ _____

Las formas aceptables de prueba de los ingresos totales del hogar incluyen:

- Dos (2) de sus más recientes recibos de nómina (consecutivos)
 - Estados de cuenta bancarios de todas las cuentas que gestionen ingresos durante dos (2) meses consecutivos
 - Aviso/Carta de verificación de ingresos del Seguro Social
 - Primera (1ª) página de su declaración de impuestos
 - Declaración de jubilación/pensión
 - Aviso/Carta de verificación de ingresos de la compensación por desempleo
 - Carta de beneficios del Departamento de Niños y Familias
- *Si es inquilino o pensionista, debe presentar una declaración del propietario en la que se indique la cantidad que paga por el alojamiento, los servicios públicos, las comidas y cualquier otro gasto incluido.*
- *Si no tiene ingresos, proporcione una carta de la persona o el centro que le proporciona apoyo.*

Gastos mensuales del hogar:

Vivienda: \$ _____ Servicios públicos: \$ _____ Vehículo: \$ _____ Alimentos: \$ _____

Cable: \$ _____ Teléfono: \$ _____ Celular: \$ _____ Médico: \$ _____

Farmacia: \$ _____ Combustible: \$ _____ Seguro del hogar: \$ _____

Seguro del auto: \$ _____ Otro: _____ Costo \$: _____

Total de gastos mensuales del hogar: \$ _____

¿Viajaría en LakeXpress si se le proporcionara un pase de autobús gratuito? Sí No



Sección 4 –Programa ADA y TD

Certificación y Reconocimiento

Entiendo y afirmo que la información proporcionada en esta solicitud para los servicios del Programa ADA y/o del Programa TD es fiel y correcta a mi leal saber y entender y se mantendrá confidencial y se compartirá sólo con los profesionales médicos y de transporte que participan en la evaluación y determinación de mis necesidades y elegibilidad para el transporte hacia y desde los servicios elegibles, así como para las citas.

Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa o hacer reclamaciones fraudulentas o hacer declaraciones falsas en nombre de otros podría constituir un delito bajo las leyes del Estado de la Florida y podría resultar en la revocación de mi condición de elegibilidad y

Estoy de acuerdo en informar a Lake County Connection si hay algún cambio en las circunstancias personales, cambio en la información personal como la dirección o el número de teléfono, o ya no necesito utilizar cualquiera de los servicios del programa solicitados. Entiendo que si se me aprueba para cualquier servicio del programa, debo volver a certificar dos años a partir de la fecha de aprobación de los servicios.

La Junta de Comisionados de Lake County y nuestro Operador, Lake County Transit Management, Inc. recopila su número de seguro social, si corresponde, para los siguientes propósitos:

- *Identificación y verificación*
- *Facturación y pagos*
- *Trámite de beneficios*

Los números del Seguro Social se pueden utilizar como un identificador numérico único y se pueden utilizar con fines de búsqueda.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma en nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

Relación con el solicitante: _____



Formulario de Verificación Médica

Si solicita los servicios puerta a puerta de Paratrásito de la ADA debido a una discapacidad física, una condición cognitiva o un impedimento verificado médicamente, este Formulario de Verificación Médica debe ser completado y firmado por un profesional médico autorizado.

Los profesionales médicos aceptados son:

- Médico
- Doctor en medicina osteopática
- Doctor en quiropráctica
- Terapeuta ocupacional (licenciado/registrado)
- Audiólogo
- Oftalmólogo
- Psicólogo
- Enfermero/a licenciado/a
- Enfermero/a colegiado/a
- Fisioterapeuta
- ARNP

Asegúrese de escribir su nombre, fecha de nacimiento y los últimos 4 dígitos de su número del Seguro Social en el formulario para ayudar a su profesional médico.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social: _____

Liberación del solicitante:

Liberación del solicitante

Entiendo que el objetivo de este formulario de evaluación es determinar mi elegibilidad para los servicios puerta a puerta de Paratrásito de ADA. Entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá sólo con los profesionales involucrados en la evaluación de mi elegibilidad. Por la presente autorizo a mi representante médico para divulgar toda la información sobre mi condición médica a Lake County Connection D.B.A. Lake County Transit Management, Inc. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la revocación de mi condición de elegibilidad. Estoy de acuerdo en notificar a Lake County Connection dentro de diez (10) días si hay algún cambio en las circunstancias o ya no necesito usar los servicios de Paratrásito.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si el solicitante no puede firmar este formulario, puede pedir a alguien que firme en su nombre.

Firma en nombre del solicitante: _____

Relación con el solicitante: _____ Fecha: _____

La siguiente parte debe ser completada por un Profesional Médico

Estimado Profesional Médico:

Para procesar la solicitud de este solicitante para la elegibilidad de los servicios de transporte de puerta a puerta de Lake County Connection, requerimos que se complete este formulario.

Sólo un profesional médico con licencia que tenga conocimiento de la capacidad funcional del solicitante para utilizar el servicio de autobús de ruta fija de LakeXpress debe completar este formulario. Todos los vehículos de ruta fija de LakeXpress están equipados con elevadores/rampas para sillas de ruedas y los autobuses tienen indicadores automáticos que anuncian todas las calles e intersecciones principales.

Complete la siguiente sección. La información que usted proporcione debe estar basada únicamente en que el solicitante tiene una limitación física o cognitiva real que impide el uso de nuestro servicio de ruta fija de LakeXpress o el manejo de un vehículo de motor. El diagnóstico de una enfermedad o condición que pueda ser limitante no es determinación suficiente para los servicios de Paratransito.

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO, Y DEBE INCLUIR EL NÚMERO DE LICENCIA MÉDICA VÁLIDA, LA DIRECCIÓN, EL NÚMERO DE TELÉFONO Y LA FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO.

Nombre del paciente: _____

¿Cuál es la discapacidad del solicitante? _____

¿De qué manera la situación impide funcionalmente al solicitante utilizar los servicios regulares de autobús?

¿La situación es permanente o temporal? Permanente Temporal

Si es temporal, ¿cuál es la duración? _____

Información del Profesional Médico:

Firma del Profesional Médico: _____ Fecha: _____

Número de licencia médica: _____ Estado de emisión: _____

Nombre en letra de molde: _____ Título: _____

Dirección: _____ Suite #: _____ Edificio #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Núm. Teléfono: _____ Extensión: _____ Núm. Fax: _____

Correo electrónico: _____ Persona de contacto: _____