



Sedgwick County...
working for you

TRANSPORTE DEL CONDADO DE SEDGWICK (SCT)
271 W. 3rd St. N., Suite 500 | Wichita, KS 67202

Línea directa: (316) 660-5150 Fax: (316) 660-1936
Centro de llamadas de consulta para personas mayores/con
discapacidad: 1-855-200-2372

www.sedgwickcounty.org/aging haga clic en el enlace Transporte

La información proporcionada en este formulario ayuda al SCT a comprender cómo realizar mejor el transporte de personas y se utiliza para garantizar el acceso a la programación web, así como información demográfica a nuestros concesionarios o para buscar oportunidades de subvenciones. **Complete tanto como sea posible.**

Nombre legal del solicitante (nombres, apellidos) _____

Dirección _____

Edificio _____ N.º de depto. _____

Ciudad _____ Código postal _____

CONTACTO DE EMERGENCIA	
Nombre _____	
Número de teléfono _____	de _____
Relación con el solicitante _____	

Solo para uso de la Oficina de SCT:	
Client ID _____	Date Rcvd _____
Date Entered _____	Program Code(s) _____
_____ / _____	

Sexo: Masculino _____
Femenino _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Raza/Etnia _____

N.º de teléfono fijo _____

N.º de teléfono celular _____

Número de personas en el hogar (cuente al solicitante como uno, cónyuge, dependientes (hijos) si son menores de 18 años) _____ Ingresos brutos mensuales \$ _____

Correo electrónico: _____

Marque cualquiera de los siguientes que se apliquen al solicitante: _____ Usa un animal de servicio
 _____ Discapacidad visual _____ Discapacidad auditiva _____ Discapacidad del habla _____ Usa oxígeno
 _____ Usa bastón/muletas _____ Usa andador _____ Deterioro de la memoria (encierre en un círculo: Leve
 Moderado Grave)
 _____ Tiene un asistente (**no proporcionado por el SCT**) _____ Necesita ayuda desde la puerta de su residencia hasta
 la puerta de destino
 _____ Necesita ayuda más allá del umbral de su residencia y de la puerta de destino (**no proporcionado por SCT**; se
 proporcionará otra referencia de transporte)

¿El solicitante puede subir y entrar a una minivan? _____ Sí _____ No ¿El solicitante puede subir a un autobús?
 _____ Sí _____ No

Verifique qué dispositivo(s) de movilidad, si los hay, puede usar o llevar el solicitante para transportarse:
 _____ Dispositivo de 4 ruedas no motorizado estándar (plegable) _____ Dispositivo de 4 ruedas no motorizado de gran
 tamaño (plegable)
 _____ Dispositivo motorizado (eléctrico) de 3 o más ruedas _____ Dispositivo motorizado con ruedas de gran tamaño
 _____ Bicicleta _____ Scooter (dispositivo de 3 o más ruedas - especificar modelo/marca) _____

¿El solicitante puede subir y bajar de forma independiente de un dispositivo de movilidad de 3 o más ruedas?
 _____ Sí _____ No _____ No aplica (N/A)

¿El dispositivo de movilidad con ruedas está equipado con un cinturón de regazo? _____ Sí _____ No _____ N/A
 Se requiere el uso del cinturón de seguridad en los vehículos durante el transporte.

¿La persona junto con el dispositivo de movilidad con ruedas superan las 800 libras? _____ Sí _____ No _____ No sé

¿La residencia de la persona tiene una rampa de movilidad accesible? _____ Sí _____ No _____ No aplica

El servicio no puede acomodar viajes de emergencia, sillas geriátricas, camillas, segway o carritos. Este es un programa de transporte público general y existen limitaciones a lo que este servicio es capaz de realizar.

TRANSPORTE DEL CONDADO DE SEDGWICK
DECLARACIÓN DE DISCAPACIDAD: PARA SER COMPLETADA SOLO POR UN MÉDICO

Si la persona que solicita servicios tiene una discapacidad, su médico de cabecera debe completar esta página y enviarla por fax al (316) 660-1936 desde el consultorio del médico. Esta información ayuda al programa a confirmar la discapacidad y la potencial elegibilidad para los viajes subsidiados por el Condado de Sedgwick. La información se mantendrá confidencial y se utilizará de forma anónima para fines de información.

Las siguientes discapacidades no lo califican automáticamente para el programa.

Este formulario no está destinado a proporcionar tarifas reducidas, sino a identificar a los posibles calificadores de viajes por discapacidad parcialmente financiados.

No se aceptarán modificaciones en la solicitud.

_____ **Movilidad restringida:** Discapacidades que requieren el uso de silla de ruedas, bastón, muletas, aparatos ortopédicos para las piernas, andador u otros dispositivos ortopédicos utilizados para ayudar a una persona.

_____ **Pérdida de extremidades:** Deformidad anatómica o amputación de manos, una mano y un pie, o pérdida de la función principal.

_____ **Accidente cerebrovascular:** Efectos de debilitamiento continuos tras la aparición de un accidente cerebrovascular.

_____ **Enfermedad cardiopulmonar:** Pérdida grave de reservas cardíacas o pulmonares; a pesar del tratamiento médico, hay disnea, dolor o fatiga.

_____ **Legalmente ciego:** Discapacidad visual grave que es bilateral y no se puede corregir con lentes.

_____ **Legalmente sordo:** Discapacidad auditiva que es bilateral y no se puede corregir con un audífono.

_____ **Epilepsia** (convulsiva/tónico-clónica).

_____ **Discapacidades neurológicas:** Discapacidades neurológicas y físicas no controladas por medicamentos (es decir, parálisis cerebral o esclerosis múltiple). **Esta categoría no incluye enfermedades mentales diagnosticadas.*

_____ **Demencia/Alzheimer** (Encierre en un círculo: Leve Moderado Grave)

_____ **Otro:** _____
Para ser completado **por su médico principal** de diagnóstico. El formulario **no puede ser completado** por un asistente médico, una enfermera, un optometrista, un quiropráctico o un podólogo.

¿Alguna de las discapacidades anteriores es permanente? _____ **Sí** _____ **No** Si la respuesta es no, especifique cuál es, la duración estimada es de _____ meses (las discapacidades no incluyen el embarazo).

Por la presente certifico que el solicitante (nombres y apellidos) _____ es una persona con una discapacidad según lo definido por los criterios precedentes y que la información contenida en este formulario es verdadera.

Nombre del médico (letra imprenta)

Fecha (mes/día/año)

Firma del médico

N.º de teléfono

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)