



Forma de Registracion de Nuevos Clientes

Fecha (Date) ____/____/____ (mes/dia/ano) (month/date/year)

Apellido (Last Name) _____ Nombre (First Name) _____

Direccion (Address) _____ # de Apartamento (Apt #) _____ # de P O Box _____

Ciudad (City) _____ Estado (State) _____Codigo Postal (Zip) _____

Condado (County) _____

Numero de Telephono de casa (Phone/Home) (____) ____ - _____

Numero de telephono de celular (Cell) (____) ____ - _____

Fecha de Nacimiento (Birth Date) ____/____/____ Idioma Preferido (Preferred Language) _____

Necesita ayuda parasubir/ bajar del autobus? (Do you need assistance getting on/off the bus?) Yes _____ No _____

Requieren servicio puerta a puerta? (Do you require door to door service?) Yes _____ No _____

Utiliza una ayuda para la movilidad como una silla de ruedas, un andador, o CO2 portable? (Do you use a mobility aid such as a wheelchair, cane, walker, motorized scooter, or portable CO2?)

Desribalo porfavor: (Please describe:) _____

Usted tiene un asistente de cuidado personal? (Do you have a Personal Care Assistant?) Yes _____ No _____

Usted tiene Medicaid? (Do you have Medicaid?) Yes _____ No _____

Cual es su composicion familiar? (Household Composition)

Vive Solo (Lives Alone) _____ Con Ninos (With Children) _____ Con No Parientes (With Non-Relatives) _____

Con el Conyuge (With Spouse) _____ Con Familia (With Relatives) _____ Hogar de Ancianos (Nursing Home)

_____ Vida Asistida (Assisted Living) _____

Tiene alguna condicion medica que el controlador debe saber sobre? Si si por favor enumere abajo. (Do you have any conditions that the driver should be aware of? If yes, please list below.)

En caso de emergencia, por favor notifique: (In case of emergency, please notify)

Nombre (Name): _____ Numero de Telephone (Phone #): _____

Notas (Notes): _____