

Fecha _____ Hombre / Mujere

Apellido: _____

Nombre: Mr. / Mrs. / Ms. _____

Dirección _____

Teléfono _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____

Contacto de Emergencia #1

Teléfono _____ Relación _____

Contacto de Emergencia #2

Teléfono _____ Relación _____

Ayudas para la movilidad utilizadas:

- Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas eléctrica
- Desarrollado Scooter Caminante
- Servicio de Animales Baston

Peso estimado para aplicante de silla de ruedas

100-160lbs 165-225lbs 230-300lbs

Discapacidad Visual: Moderada
 Grave Completamente alterada

¿Audició? Sí No

¿Día de Alzheimer Centro de Atención?
 Sí No

¿Aplicante requiere un proveedor de atención?
 Sí No

¿Paciente de diálisis? Sí No

Si es menor de 60 años de edad por favor tenga a su médico que llene el formulario adjunto.



Fecha _____ Hombre / Mujere

Apellido: _____

Nombre: Mr. / Mrs. / Ms. _____

Dirección _____

Teléfono _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____

Contacto de Emergencia #1

Teléfono _____ Relación _____

Contacto de Emergencia #2

Teléfono _____ Relación _____

Ayudas para la movilidad utilizadas:

- Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas eléctrica
- Desarrollado Scooter Caminante
- Servicio de Animales Baston

Peso estimado para aplicante de silla de ruedas

100-160lbs 165-225lbs 230-300lbs

Discapacidad Visual: Moderada
 Grave Completamente alterada

¿Audició? Sí No

¿Día de Alzheimer Centro de Atención?
 Sí No

¿Aplicante requiere un proveedor de atención?
 Sí No

¿Paciente de diálisis? Sí No

Si es menor de 60 años de edad por favor tenga a su médico que llene el formulario adjunto.



Fecha _____ Hombre / Mujeres

Apellido: _____

Nombre: Mr. / Mrs. / Ms. _____

Dirección _____

Teléfono _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____

Contacto de Emergencia #1

Teléfono _____ Relación _____

Contacto de Emergencia #2

Teléfono _____ Relación _____

Ayudas para la movilidad utilizadas:

- Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas eléctrica
- Desarrollado Scooter Caminante
- Servicio de Animales Baston

Peso estimado para aplicante de silla de ruedas

100-160lbs 165-225lbs 230-300lbs

Discapacidad Visual: Moderada
 Graves Completamente alterada

¿Audició? Sí No

¿Día de Alzheimer Centro de Atención?
 Sí No

¿Aplicante requiere un proveedor de atención?
 Sí No

Pacientes de diálisis? Sí No

Si es menor de 60 años de edad por favor tenga a su médico que llene el formulario adjunto.



Por favor, envíe la solicitud completa a:

**CTSA Office
222 Minner Ave.
Bakersfield, CA 93308**

Por favor, envíe la solicitud completa a:

**CTSA Office
222 Minner Ave.
Bakersfield, CA 93308**

Por favor, envíe la solicitud completa a:

**CTSA Office
222 Minner Ave.
Bakersfield, CA 93308**

Asegúrese de incluir una nota firmada por su médico o representante de la agencia de confirmar su incapacidad si es menor de 60 años de edad.

Asegúrese de incluir una nota firmada por su médico o representante de la agencia de confirmar su incapacidad si es menor de 60 años de edad.

Asegúrese de incluir una nota firmada por su médico o representante de la agencia de confirmar su incapacidad si es menor de 60 años de edad.