

CTSA Aplicación Por favor imprima

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

80-139lbs 140-199lbs 200-260lbs

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.



CTSA Aplicación Por favor imprima

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

80-139lbs 140-199lbs 200-260lbs

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.



CTSA Aplicación Por favor imprima

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

80-139lbs 140-199lbs 200-260lbs

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**

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.

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.

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.