

Solicitud de transporte médico en casos de no emergencia

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Dirección: _____

Dirección postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular _____

Teléfono Laboral: _____ Correo electrónico: _____

Si el solicitante es menor de edad o se encuentra bajo curatela, proporcione información del tutor/curador

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Dirección: _____

Dirección postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular _____

Teléfono Laboral: _____ Correo electrónico: _____

Relación: _____

¿Cómo se enteró de este programa? _____

¿Con quién vive? _____

¿Puede conducir? Sí No

¿Por qué solicita Asistencia en el Reembolso de Millas al Conductor Voluntario de Transporte Médico en Casos de no Emergencia? _____

¿Está recibiendo atención de un médico? Sí No

¿Cómo viajó a las citas médicas el último mes? _____

Frecuencia Estimada de las Citas Médicas

Médico	Ubicación	Frecuencia

¿Ha contratado a un conductor voluntario?: Sí No

Nombre del conductor voluntario: _____

Dirección postal: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular _____

Teléfono Laboral: _____ Correo electrónico: _____

¿El conductor voluntario es un cuidador pago? Sí No

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Tutor

Fecha