

Solicitud del servicio de transporte

Rellene un formulario por pasajero. Por favor, escriba claramente su nombre

| | | | |
|---|---------------------|--|---------------------|
| Tipo de afiliación: | | <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar (2 personas o más del mismo hogar) | |
| Nombre y apellidos: | | Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer | |
| Dirección: | | | |
| Ciudad/Estado/Código postal: | | ¿Es este su domicilio permanente durante todo el año? | |
| Otra información relativa a su dirección/Correo electrónico: | | | |
| Teléfono: | | Teléfono móvil: | |
| Fecha de nacimiento: | | Duración de estancia en el domicilio indicado: | |
| Destinatario del extracto de cuenta (si es distinto al afiliado) | Nombre y apellidos: | | Relación: |
| | Dirección: | | |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| | Teléfono: | Teléfono móvil: | Correo electrónico: |
| Contacto en caso de emergencia #1 | Nombre y apellidos: | | Relación: |
| | Dirección: | | |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| | Teléfono: | Teléfono móvil: | Correo electrónico: |
| Contacto en caso de emergencia #2 | Nombre: | | Relación: |
| | Dirección: | | |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| | Teléfono: | Teléfono móvil: | Correo electrónico: |
| ¿Cómo conoció a ITN? <input type="checkbox"/> Miembro familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Orador <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Cartel <input type="checkbox"/> Agencia para individuos de tercera edad <input type="checkbox"/> Directorio telefónico <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | | | |
| Referencia: Si un afiliado le informó sobre ITN Monterey County, indique su nombre aquí | Nombre: | | Relación: |
| | Dirección: | | |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| | Teléfono: | Teléfono móvil: | Correo electrónico: |
| ¿Desea que enviemos información sobre ITN a un pariente, amigo, o negocio? | Nombre: | | Relación: |
| | Dirección: | | |
| | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| | Teléfono: | Teléfono móvil: | Correo electrónico: |
| Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado/Casada <input type="checkbox"/> Divorciado/Divorciada <input type="checkbox"/> Soltero/Soltera <input type="checkbox"/> Viudo/Viuda <input type="checkbox"/> Tengo pareja | | | |
| Situación doméstica: <input type="checkbox"/> Vivo solo <input type="checkbox"/> Vivo con mi esposo/esposa <input type="checkbox"/> Vivo con mis hijos <input type="checkbox"/> Vivo con un amigo <input type="checkbox"/> Otro_____ | | | |
| Tipo de vivienda: <input type="checkbox"/> Vivienda privada <input type="checkbox"/> Centro de vida asistida <input type="checkbox"/> Comunidad de jubilados Otro_____ | | | |

| |
|--|
| Origen étnico (opcional): <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Idiomas que usted puede hablar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro (especifique el idioma) _____ |
| Modos de transporte que usted utiliza actualmente: <input type="checkbox"/> Manejar un automóvil <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Viajar con familia o amigos <input type="checkbox"/> Servicio privado <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| Participación cívica: <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> AARP <input type="checkbox"/> Elks <input type="checkbox"/> Kiwanis <input type="checkbox"/> Rotary <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| ¿Ha estado de servicio activo con las fuerzas armadas estadounidenses, fuerza de reserva militar, o la Guardia Nacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es usted afiliado de alguna de las siguientes organizaciones?: <input type="checkbox"/> AAA <input type="checkbox"/> AARP <input type="checkbox"/> Elks <input type="checkbox"/> Rotary <input type="checkbox"/> Kiwani <input type="checkbox"/> Knights of Columbus <input type="checkbox"/> Masons/Eastern Star <input type="checkbox"/> Hermandad universitaria <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| ¿Es usted afiliado de alguna organización profesional o algún sindicato de trabajadores? Indique las organizaciones a las que pertenece: _____ |
| Necesidades especiales y ayuda para la movilidad: (Marque todas las casillas que correspondan) |
| <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Perro guía <input type="checkbox"/> Sordo/Sorda <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer/Demencia <input type="checkbox"/> Problemas de control de la vejiga o de control intestinal <input type="checkbox"/> Se requiere ayuda de un chofer <input type="checkbox"/> No puedo subir a vehículos superiores |
| ¿Cuenta con los servicios de un asistente personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Posee un vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene un permiso de conducir vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Actualmente maneja un vehículo para desplazarse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si ha marcado "No", ¿cuál fue el último año en que tuvo un permiso de conducir vigente? _____ ¿Cuál fue el último año en que manejo un vehículo? _____ |
| ¿Ha probado alguna actividad o ha tomado alguna clase para mejorar su capacidad de manejar con más seguridad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si usted no maneja, indique todas las razones por las cuales no lo hace: <input type="checkbox"/> Nunca obtuve un permiso de conducir <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente de tráfico <input type="checkbox"/> Orden médica <input type="checkbox"/> Permiso de conducir revocado <input type="checkbox"/> Permiso de conducir caducado <input type="checkbox"/> No me siento seguro/segura <input type="checkbox"/> Petición familiar <input type="checkbox"/> Petición policíaca o jurídica <input type="checkbox"/> Demasiado caro <input type="checkbox"/> Mi vehículo necesita reparación |
| Si maneja, ¿con cuánta frecuencia lo hace? <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana <input type="checkbox"/> 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> 3 días o más a la semana |
| ¿Se ha impuesto a sí mismo alguna limitación a la hora de manejar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Indique la frecuencia con la que usted... (marque las casillas) |
| a. ... evita manejar de noche: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca b. ... evita manejar en autopista: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca c. ... evita girar a la izquierda de manera tal que se crucen vías en las que circulan vehículos en sentido contrario: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca d. ... evita manejar si hace mal tiempo: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca e. ... evita manejar solo/sola: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca f. ... evita manejar por carreteras en las que circulan muchos vehículos: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca g. ... evita manejar por zonas que no conoce bien: <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca h. ... no aprovecha una oportunidad de ir de compras, visitar a amigos, etc. debido a preocupaciones relacionadas con manejar un vehículo? <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca |
| ¿Está dispuesto a compartir un vehículo con otros pasajeros para reducir el costo de ciertos viajes ofrecidos por ITN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Indique los programas sobre los cuales desee recibir más información: <input type="checkbox"/> CarTrade™: Este programa le ofrece la oportunidad de canjear su vehículo para recibir créditos de viaje con ITN Monterey County. <input type="checkbox"/> Donación de vehículos: Si dona su vehículo a ITN Monterey County, puede tener derecho a una deducción fiscal. <input type="checkbox"/> Certificados de regalo: Amigos o miembros de su familia pueden regalar viajes. <input type="checkbox"/> Actividades de voluntariado: Usted puede ayudar a ITN Monterey County durante su tiempo de ocio. |