

SECCION III - DISCAPACIDAD

Está usted recibiendo ingresos suplementarias de seguro social (SSI)? Sí No
¿Está usted recibiendo seguro social discapacitado? Sí No
¿Usted se considera discapacitado? Sí No

Si contesta Sí, cual es su discapacidad? (Marque todo que aplica)

- Ciego/Legalmente Ciego
- Artritis
- Enfermedad Neuromuscular
- Epilepsia
- Distrofia Muscular
- Silla de Ruedas
- Parálisis Cerebral
- Enfermedad Alzheimer
- Respirador o oxigeno dependiente
- Problemas Mentales
- Dificultad para caminar
- Esclerosis Multiple
- Derrame Cerebral
- Otro (describe) _____

¿Requiere usted ayuda para la movilidad? Sí No

Si contesta Si, cuales son las que usa? (Marque todo que aplica)

- Andador
- Scooter
- Otro _____
- Perro guia
- Bastón
- Asistente para el cuidado personal
- Silla de ruedas

SECTION IV – FRECUENCIA DE USO/DESTINOS

Cuales son los médicos o clinicas médicas que usted visita?

**NOMBRE Y DIRECCION DE HOSPITAL
MEDICOS, O CLINICA**

**CUANTAS VISITAS
CADA MES O SEMANA**

SECCION V – FIRMA Y PREPARADOR

Yo afirmo la información apropiadas por esta solicitud de servicios es verdadera y correcta y entiendo que hacer declaraciones falsas, o que otros hagan declaraciones falsas, o hacer declaraciones falsas en nombre de los demás constituye un fraude de bienestar y se considera **un delito grave bajo las leyes del Estado de Florida.**

Transporte desfavorecido

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Firma de ayudante: _____ Fecha: ____/____/____

DEVUELVE EL FORMULARIO A:

**Good Wheels, Inc.
Community Transportation Coordinator
10075 Bavaria Rd., SE
Fort Myers, FL 33913
1-239-768-2900
1-800-741-1570 (Toll Free)**

**Florida Relay System:
1-800-955-8770 - Voice
1-800-955-8771 - TTY**