

Solicitud de Servicio de Transporte

(Por favor, completar un formulario por cada piloto)

Persona que completa este formulario es:

☐

Jinete

☐

Miembro de la familia

☐

Otro

Tipo de Membresía :

☐

Individual

☐

Familia (2 o más jinetes en el hogar)

Si se trata de una membresía familiar, por favor, rellene un formulario separado y completo, para cada piloto

Apellido de la membresía:

Nombre del conductor:

Dirección Calle y ciudad

: _____ Estado : _____ Código postal: _____ Y ea rs en Dirección: _____

Esta es su dirección postal?

☐

Sí

☐

No

Dirección postal (si es diferente del domicilio): Nombre de

Envío:

Dirección postal:

Correo de la ciudad:

Estado de correo:

Envío Código postal :

Número de teléfono primario: (_____)

Primaria Tipo de teléfono (Por ejemplo, casa, móvil, trabajo, etc.): Secondary Teléfono

Número: (_____)

Secundario Teléfono Tipo :

Dirección de correo electrónico :

¿Quieres sus cuentas para ser enviado a alguien que no sea el miembro-piloto?

Para Bill: Si es diferente del miembro

☐ Sí

☐ No

Cobrar a Nombre : _____

Cobrar a relación: _____

Cobrar a Dirección: _____

Cobrar a ciudad: _____ Cobrar a Estado : _____ Cobrar a Código postal : _____

Cobrar a Teléfono: (_____) Bill el tipo de teléfono: _____

Cobrar a Email : _____

En primer contacto de emergencia:

Nombre: _____ relación: _____

Dirección: _____

ciudad: _____ Estado : _____ Código postal : _____

Mejor teléfono :(_____) Mejor tipo de teléfono: _____

Otro teléfono :(_____) Adicional Tipo Teléfono: _____

E-Mail: _____

Segundo Contacto de Emergencia:

Nombre : _____ relación: _____

Dirección Calle y ciudad: _____

_____ Estado : _____ Código postal : _____

Mejor Teléfono: (_____) Mejor tipo de teléfono: _____

Otro teléfono: (_____) El segundo tipo de teléfono: _____

Email: _____

se entero de ITN? Por favor, seleccione al menos uno :

☐ Familia	☐ Amigo	☐ Altavoz	☐ Doctor
☐ Radio	☐ Televisión	☐ Volante	☐ Directorio telefónico
☐ Agencia sobre el Envejecimiento	☐ Trabajador social	☐ Internet	
☐ Otros (especificar) :	_____		

Remisión: Si se hace referencia, nombre de la persona que hizo la remisión: ¿Cómo

Nombre: _____

relación: _____

Dirección : _____

ciudad: _____ Estado : _____ Código postal : _____

teléfono: () _____ Tipo de telefono : _____

E-Mail: _____

¿Le gustaría que le enviemos información sobre ITN a un pariente, amigo o negocio?

Nombre: _____

relación: _____

Dirección : _____

ciudad: _____ Estado : _____ Código postal : _____

teléfono: () _____ Tipo de telefono : _____

E-Mail: _____

ITNAmerica respeta su privacidad y mantener toda la información confidencial de los clientes. La siguiente información nos permite ofrecer un mejor servicio a nuestros clientes, y nos ayuda a comprender mejor las circunstancias que enfrentan los clientes cuando se aplican a utilizar el ITN para los paseos.

Información al cliente :

género: ☐ Hembra ☐ Masculino

Fecha de nacimiento : / /
 mm dd aaaa

Estado Civil: (seleccione uno)

☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Soltero
☐ Viudo ☐ Se asoció

Arreglos de vivienda: (marque lo que corresponda)

☐ Vivir solo ☐ Vivo con esposo ☐ Vivo con niños
☐ Vivir con amigo ☐ Vivir con la familia Otro

Arreglos de vivienda: (seleccione uno)

☐ Casa privada ☐ centro de asistencia
☐ Independiente que vive en una comunidad de retiro Otros
☐ (especificar) _____

Étnico: (seleccione uno)

☐ afroamericano ☐ asiático ☐ caucásico / blanco

☐ Hawai / Islas del Pacífico Indio Americano ☐ Hispano / Latino

☐ / Nativo de Alaska Otro (especifique):

☐

Idiomas hablados: (marque lo que corresponda)

☐ Inglés ☐ Español ☐ francés

☐ Otra especificar) :

principales medios actuales de desplazarse con facilidad:

☐ Conducir ☐ Caminar ☐ Paseo con la familia o un amigo

☐ El transporte público Otros ☐ Taxi ☐ Servicio privado

☐ (especificar):

Compromiso civil :

¿Es usted miembro de alguna de las siguientes organizaciones?

☐ AAA ☐ AARP ☐ alces ☐ Kiwanis ☐ Giratorio

☐ Caballeros de Colón ☐ Albañiles / Estrella de Oriente ☐ Fraternidad / hermandad

☐ Otra especificar) :

¿Es usted miembro de alguna organización profesional o los sindicatos? Por favor liste :

¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, la Reserva militar o la Guardia Nacional?

☐

Sí

☐

No

Necesidades especiales y Ayuda de la movilidad: (Por favor marque todas las que se aplican.)

☐

Caña

☐

Caminante

☐

Sordo silla de

☐

Trastorno de Ansiedad con

☐

Ciega - Seeing Eye

☐

ruedas

☐

discapacidad visual

☐

Asistencia al conductor /

☐

Asistente personal

☐

Vejiga o problemas de control intestinal

☐

Demencia de Alzheimer
Requerido

☐

NO alta Vehículo

☐

Obligatorio de tamaño completo de vehículos

☐

Ninguna de las anteriores

La conducción de la información:

¿Tiene una licencia de conducir vigente?

☐

Sí

☐

No

Si no, ¿cuál fue el último año usted llevó a cabo una licencia de conducir válida?

¿Es dueño de un vehículo?

☐

Sí

☐

No

¿En la actualidad conduce?

☐

Sí

☐

No

Si usted no conduce ... Por favor compruebe una razón

☐	Accidente de tráfico	☐	Nunca licencia	☐	Enfermedad
☐	Licencia expirada	☐	Las órdenes del médico	☐	licencia revocada
☐	Policía petición / juez	☐	No se sienta seguro	☐	solicitud de la familia
☐		☐	Muy caro	☐	necesita reparación de automóviles

Otros (especificar): _____

¿Ha conducido un coche en los últimos diez años? ☐ Sí ☐ No

Si viaja en coche ...

¿Ha intentado alguna actividad para mejorar la conducción o clases para ayudarle a mantener una conducción segura ya? ☐ Sí ☐ No

¿Con qué frecuencia usted conduce? ☐ Menos que una vez a la semana

☐ 1-2 días por semana ☐ 3 o más días por semana

¿Ha restringido su propia conducción? ☐ Sí ☐ No

Con qué frecuencia _____? (Casillas de verificación)

a. evitar conducir de noche?	☐ Siempre	☐ A veces veces	☐ Nunca
segundo. evitar la conducción en carretera	☐ Siempre	☐ veces	☐ Nunca
do. evitar hacer giros a la izquierda a través de tráfico que se aproxima?	☐ Siempre	☐	☐ Nunca
re. evitar conducir en condiciones meteorológicas adversas	☐ Siempre	☐ A veces, a	☐ Nunca
mi. evitar conducir solo?	☐ Siempre	☐ veces	☐ Nunca

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| F. evitar conducir en las carreteras de alto tráfico? | ☐ Siempre | ☐ Algunas veces | ☐ Nunca |
| sol. evitar conducir en zonas desconocidas? | ☐ Siempre | ☐ Algunas veces | ☐ Nunca |
| h. dejar pasar oportunidades para ir de compras, visitar amigos, etc., debido a la preocupación la conducción? | ☐ Siempre | ☐ Algunas veces | ☐ Nunca |

Comp:

¿Le gustaría reducir el costo de los viajes de ITN al compartir con los demás paseos cuando es conveniente?

☐ Sí ☐ No

programas:

¿Quieres información sobre cualquiera de estos programas de MTI?

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--|
| ☐ | Oficina de Voluntarios: | Colabora con el ITN en su tiempo libre. Los familiares y amigos pueden |
| ☐ | Certificados de regalo: | adquirir paseos como un regalo. |
| ☐ | CarTradeTM: | El comercio de su coche para créditos de transporte ITN |
| ☐ | Donación de coches: | Donar su coche a ITN. |
| ☐ | Miles saludables: | Participan profesionales de la salud ayudan a subsidiar paseos |
| ☐ | Ride & Shop: | Los comercios participantes ayudan a subsidiar paseos |
| ☐ | Beca de ruta: | Ayuda para pagar paseos para aquellos que lo necesitan |

Cuenta de Transporte Personal

Acuerdo

Una cuenta de transporte personal ITN es como una cuenta bancaria personal. Se cargará cada vez que tome un paseo ITN, y cuando se efectúa un pago a ITN, es como hacer un depósito en su cuenta. Al final de cada mes, recibirá una declaración que detalla sus paseos y cualquier otra actividad de la cuenta, como pagos, certificados de regalo, Ride & Shop TM o saludable Miles TM, créditos voluntarios, créditos CarTrade TM, o el pago de las cuotas de afiliación.

ITN es un servicio sin fines de lucro de caridad con el apoyo de sus tarifas y el apoyo de la comunidad local voluntaria. Debido a que las tarifas sólo cubren la mitad del coste real de los paseos, el afiliado ITN puede incluir miembros de la familia y cualquier otra persona que usted ha enumerado como contactos en sus campañas de recaudación de fondos, incluyendo la Campaña de afiliación familiar, Walk para los paseos y la Campaña Anual. La participación en estas campañas es voluntaria. La decisión de un contacto no participar no afectará a la calidad de su servicio o su elegibilidad para usar ITN para los paseos.

Su firma indica que está de acuerdo con las siguientes políticas:

- 1. Va a mantener un equilibrio en su cuenta suficiente para cubrir sus paseos mensuales;**
- 2. Sus cuotas se debitarán automáticamente en el aniversario de su membresía;**
- 3. Si usted tiene un saldo pendiente es mayor de \$ 200 durante más de 60 días, su cuenta se detendrá hasta que haya depositado los fondos suficientes para alcanzar de nuevo un balance positivo;**
- 4. Si no hay actividad en su cuenta durante un año y hemos hecho tres intentos fallidos documentados para llegar a usted, usted acepta que el saldo de su cuenta se convertirá en un regalo de caridad a ITN;**
- 5. Sus contactos pueden recibir un número limitado de envíos (a través de correo ordinario o correo electrónico) para eventos de recaudación de fondos de la filial de MTI / campañas, así como un máximo de cuatro trimestral ITN Boletines. Sus nombres no serán compartidos con ningún otro partido u organización.**

Firma

Fecha

Consentimiento informado

La Red de Transporte Independiente (ITN) es una organización sin ánimo de lucro, organización de base comunitaria proporcionar transporte digno, orientado al consumidor para las personas mayores y las personas con discapacidad visual.

Como una comunidad de afiliados ITNAmerica, sus beneficios ITN de más de una década de investigación para desarrollar un modelo para el transporte económicamente sostenible. Entre las organizaciones públicas y privadas que han apoyado esta investigación son la Administración Federal de Transporte, Transportation Research Board (Academia Nacional de Ciencias), AARP, la Fundación Gran Bahía de Emprendedores Sociales, Atlantic Philanthropies, la Fundación Siglo de plata, y los Centros para el Control de Enfermedades. Miles de personas privadas y sus familias han participado en esta investigación y el desarrollo, sin la cual, este servicio no sería posible.

En el espíritu de este esfuerzo público / privado, para continuar con el desarrollo y análisis que permitirá ITNAmerica para comprender mejor las necesidades de movilidad de los estadounidenses mayores, sus familias y sus comunidades, y para mejorar continuamente la calidad y la sostenibilidad del servicio, de manera rutinaria recopilar datos sobre los jinetes y los paseos que ofrecemos. La identidad de nuestros pilotos se mantiene completamente confidencial en todos los informes que utilizamos para estos fines.

Además de esta colección de datos de rutina, ITNAmerica también lleva a cabo la investigación. De vez en cuando, podemos pedirle que participe en un proyecto de investigación. Su participación en los estudios de investigación ITNAmerica es voluntaria y confidencial. Si prefiere no participar en los estudios de investigación, su decisión no afectará a la calidad de su servicio o su elegibilidad para usar ITN para los paseos.

Su firma indica que usted entiende que los datos recogidos rutinariamente ITNAmerica-serán utilizados para estudiar y mejorar el transporte para las personas mayores, y que es posible que, de vez en cuando, harán preguntas acerca de su uso del servicio. Haremos nuestro mejor esfuerzo para ofrecer paseos para ti y que siempre se esfuerza para informarle cuando no podemos dar un paseo. Sin embargo, no somos responsables de los costes y gastos en los que pudiera incurrir cuando somos incapaces de proporcionar un paseo por un tiempo y lugar específico.

Cliente : _____ (Letra de molde el nombre)

Firma del cliente o representante legal: Fecha: _____

ITN Firma: _____ Fecha : _____