

Aplicación para los Servicios de Transportación

(Por favor completa un formulario por cada miembro)

Tipo de membresía: Individual _____ Familia _____ (2 personas o más)

Nombre de la membresía de familia: _____

Nombre del miembro (s): _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo (si distinto de la dirección postal): _____

Teléfono de la casa: _(____) _____ Celular: _(____) _____

Número de años que ha vivido en esta dirección postal: _____

Correo electrónico: _____

¿Esto es su residencia por todo el año?: Si _____ No _____

Si no, por favor provee su otro (s) dirección postal: _____

Envíe la cuenta a: (si distinto del miembro)

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Primero contacto de emergencia:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Segundo contacto de emergencia:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Cómo se enteró acerca de ITN?

La Familia Un Amigo Un Orador Un doctor
 El Radio La Televisión Un Folleto La guía telefónica
 Una Agencia Un Trabajador social La Red
del envejecimiento

Otro (especificar): _____

Una Referencia: ¿Si usted fue recomendado a ITN por alguien, quien fue?

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Quiere usted que nosotros enviemos información sobre ITN a un pariente, un amigo, o un negocio?

Nombre: _____

Parentesco: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

ITN tiene respeto para su privacidad y guardará confidencial toda la información de los miembros. Lo siguiente información nos ayuda a proveer un servicio mejor a todos los miembros y nos ayuda a comprender mejor las circunstancias que los ancianos encaran cuando ellos deciden a aplicar por el servicio de ITN.

Información del cliente:

Sexo: _____ Hombre _____ Mujer

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Estado marital (elige uno):

_____ Casado _____ Divorciado _____ Soltero

_____ Viuda _____ Tiene compañero (a)

Situación de vivienda:

_____ Vive sólo _____ Vive con esposo(a) _____ Vive con los hijos

_____ Vive con un amigo _____ Vive con otro pariente

Tipo de residencia:

_____ Una casa privada _____ Una residencia asistida

_____ Vive independiente en una hogar de ancianos

Otro (especificar): _____

Identidad étnica (elige uno):

Afroamericano Asiático Caucásico o blanco
 Hawaiano o nativo de la polinesia Hispanico o Latino
 Indio americano

Otro (especificar): _____

Los idiomas hablados (elige todos los idiomas que habla):

Inglés Español Francés

Otro (especificar): _____

¿Cuál es su modo de moverse actual?

Conducir Andar Viajar con la familia o un amigo
 La tránsito publico Taxi Servicio privado

Otro (Especificar): _____

Compromisos Cívicos:

¿Usted es un miembro de algunos de las siguientes organizaciones?

AAA AARP Elks Kiwanis Rotary
 Knights of Columbus Masons o Eastern Star Fraternity o Sorority

Otro (especificar): _____

¿Es usted un miembro de alguna organización profesional o un sindicato?

Por favor, escribe una lista: _____

¿Ha servido usted en servicio activo en las Fuerzas Armadas, los Reservas Militares o la Guardia Nacional de los EEUU? _____ Si _____ No

Necesidades especiales y asistencia con la movilidad:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Andador ortopédico | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Ciego | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Demencia o Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Asistente personal |
| <input type="checkbox"/> Problemas con el control de la vejiga o los intestinos | <input type="checkbox"/> Asistencia del conductor es necesaria | <input type="checkbox"/> NO vehículos altos |
| <input type="checkbox"/> Un vehículo de tamaño natural es necesario | | |

Información de Conducir:

¿Actualmente, tiene usted una licencia para conducir válida? _____ Si _____ No

¿Si no, cuál fue el último año que tenía una licencia para conducir válida? _____

¿Tiene un coche? _____ Si _____ No

¿Usted ha tomado una clase para los ancianos que intenta a mejorar la conduciendo para ayúdale a continuar conduciendo más largo? _____ Si _____ No

¿Todavía Conduce usted? _____ Si _____ No

¿Si usted no conduce...porque no?

- Accidente de tráfico
- Licencia para conducir esta expirada
- Solicitud de la policía o una jueza
- Nunca tenía una licencia para conducir
- Orden del doctor
- No me siento seguro
- Es demasiado caro
- Enfermedad
- Licencia para conducir fue revocada
- Solicitud de la familia
- El caro necesita reparaciones

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

Si conduce...

¿Con que frecuencia conduce?

- 1-2 días por la semana Menos que un día por la semana
- 3 días o más por la semana

¿Ha limitado su propia conduciendo? Si No

Cuenta de Transportación Personal

Acuerdo

Una cuenta de transportación personal de ITN es como una cuenta bancaria. Cada vez que toma un viaje con ITN el dinero esta deducida de la cuenta, y cuando hace un pago a ITN, es igual a hacer un depósito en su cuenta bancaria. Al fin de cada mes recibirá un resumen que detalla todo los viajes tomado en este mes y cualquier otro actividad en su cuenta, como los pagos, los cheques regalos, Ride and Shop, Healthy Miles, créditos de voluntario, créditos de Car Trade, o pago para la membresía.

ITN es un servicio caritativo y sin fines de lucro apoyado por sus tarifas y las contribuciones voluntarias de la comunidad. Debido al hecho que las tarifas cubren solamente 50% del costo verdad de cada viaje, es posible que el afiliado de ITN incluye los familiares y las personas que usted tiene como contactos de emergencia en sus campañas de captación de fondos, incluso la campaña de membresía de familia, Anda por los viajes, y Pido Anual. La participación en estas campañas es voluntaria. Si sus familiares no quieren participar en las campañas, no afectará a la calidad del servicio que usted recibe o su elegibilidad ser un miembro de ITN.

Su firma abajo indica que usted está en acuerdo con las siguientes reglas:

1. Usted mantendrá fondos suficientes en su cuenta para cubrir los viajes que toma cada mes.
2. El pago para la membresía será deducido de su cuenta automáticamente en el aniversario de su membresía.
3. Si tiene un saldo no pagado de más que \$75 para más que 30 días, su cuenta será congelado hasta que ha pagado suficiente dinero en su cuenta para llegar a una saldo positivo.
4. Si no hay ninguna actividad en su cuenta para un año y nosotros hemos hecho tres intentos de contactar usted sin éxito, usted es de acuerdo que el dinero en su cuenta llegará a ser un regalo caritativo a ITN.

5. Sus contactos recibirán un número limitado de correos masivos para las campañas de captación de fondos además de cuatro boletines informativos cada año. Los nombres de sus contactos no será compartidos con ninguna organización o grupo.

Firma

Fecha

Consentimiento informado

ITN es una organización basado en la comunidad y sin fines de lucro que provee la transportación que es orientado al cliente y dignificado para los ancianos y los con discapacidades visuales.

Como una comunidad afiliada con ITN, su ITN recibe las ventajas de más que una década de investigaciones para desarrollar un modelo para la transportación sustentable económicamente. Algunos de los organizaciones públicos y privados que han apoyado los investigaciones de ITN son el Federal Transit Administration, el Transportation Research Board (National Academies of Science), AARP, The Great Bay Foundation for Social Entrepreneurs, and the Atlantic Philanthropies. Miles de individuales y sus familias han participado en estas investigaciones y desarrollado, sin que, el servicio de ITN no sea posible.

En el espíritu de este esfuerzo público/privado, para continuar con el desarrollo y análisis que permite a ITNAmerica comprender mejor los necesidades de la movilidad de los ancianos, sus familias, y sus comunidades, y para mejorar continuamente la calidad y sustentabilidad del servicio, nosotros coleccionamos rutinariamente información sobre nuestras miembros y los viajes que nosotros proveen. La identidad de nuestros miembros está guardado confidencial en todos los informes que usamos para esta propósito.

Además a la colección rutinariamente de la información, ITNAmerica también conducta investigaciones. De vez en cuando, nosotros pedimos que usted participe en un proyecto de investigaciones. Su participación en estos proyectos es voluntaria y confidencial. Si decide no participar en los proyectos de investigaciones, su decisión no afectará a la calidad del servicio o su elegibilidad de ser un miembro de ITN.

Su firma indica que usted comprende que la información colectada rutinariamente será usada para estudiar y mejorar la transportación para los ancianos, y que usted, de vez en cuando, será preguntado preguntas sobre su usa del servicio. Nosotros vamos a hacer todos que podemos para proveer los viajes a usted y siempre intentaremos a decirle cuando no podemos proveer un viaje. Sin embargo, nosotros no estamos responsables para algunos costos incurridos cuando no podemos proveer un viaje para un tiempo y destinación particular.

Cliente (por favor escribe su nombre): _____

Firma de cliente o un representante legal: _____

Fecha: _____

Firma de ITN: _____ **Fecha:** _____