

مرکز منطقه ای وست ساید  
تقاضای خدمت حمل و نقل

لطفاً چاپ کنید

نام فرد \_\_\_\_\_  
 تاریخ تولد فرد \_\_\_\_\_  
 UCI # فرد \_\_\_\_\_  
 خانوادگی \_\_\_\_\_  
 کوچک \_\_\_\_\_  
 خدمت جدید   
 مجوز مجدد # \_\_\_\_\_  
 #SC \_\_\_\_\_ نام \_\_\_\_\_  
 تاریخ تکمیل فرم \_\_\_\_\_  
 تغییر خدمت

نشانی فرد \_\_\_\_\_  
 نام ولی/ارائه‌دهنده مراقبت \_\_\_\_\_  
 محل سوار شدن در صورتی که با نشانی منزل متفاوت باشد \_\_\_\_\_  
 تاریخ آغاز \_\_\_\_\_  
 هماهنگ‌کننده حمل و نقل \_\_\_\_\_  
 تلفن منزل \_\_\_\_\_  
 تلفن جایگزین/کاری/مبایل \_\_\_\_\_  
 نام \_\_\_\_\_  
 نام مخاطب اضطراری \_\_\_\_\_  
 تلفن \_\_\_\_\_

فقط حمل و نقل  
 صبح/سوار شدن  
 میدان شبکه‌های\*  
 منطقه  
 هماهنگ‌کننده  
 عصر/پیاده شدن

محل پیاده شدن، در صورتی که با نشانی منزل متفاوت باشد \_\_\_\_\_

دلیل آغاز تازه حمل و نقل  
 تازم وارد به سیستم مرکز منطقه‌ای  
 در هیچ برنامه‌ای شرکت نکرده است

انتقالی از مرکز منطقه‌ای دیگری   
 انتقالی از بیمارستان دولتی   
 مشخصات خاص مراجع (یک مورد یا بیشتر را علامت بزنید):  
 ناشنوا/کم‌شنوا  
 نابینا/کم‌بینا  
 صندلی چرخدار → → →  
 دست‌ی  برقی  
 صرع: دفعات \_\_\_\_\_  
 اطلاعات برنامه: \_\_\_\_\_  
 نام برنامه \_\_\_\_\_

در برنامه شرکت کرده است، قبلاً با این حمل و نقل رفته‌است:  
 هیچ‌یک از این موارد  
 طیف اوتیسم  
 مبتلا به دیابت  
 سابقه خشونت علیه خود یا دیگران  
 مشکلات رفتاری مودی در حین انتقال  
 تلفن \_\_\_\_\_  
 بی‌اختیار   
 ناتوانی در استفاده از پلکان   
 از واکر استفاده می‌کند   
 غیرکلامی   
 فرد مخاطب: \_\_\_\_\_  
 یک‌طرفه  سفر رفت و برگشت  
 یک‌طرفه  سفر رفت و برگشت

نشانی برنامه یا محل کار:  
 روزهای اصلی د  س  چ  پ  ج  ش  زمان آغاز  
 روز جایگزین د  س  چ  پ  ج  ش  زمان آغاز

تغییر خدمت/ختم خدمت   
 نوع تغییر  نشانی و/یا تلفن مراجع  برنامه  زمان بندی  سایر   
 (یک مورد یا بیشتر را  ختم خدمت  خدمت را تا (تاریخ) نگهدارید  
 علامت بزنید)  
 اطلاعات جدید \_\_\_\_\_  
 دلیل(دلایل) \_\_\_\_\_  
 تاریخ مؤثر \_\_\_\_\_

فقط هماهنگ‌کننده حمل و نقل  
 خدمت‌رسان \_\_\_\_\_  
 تاریخ دریافت: \_\_\_\_\_  
 مجوز # \_\_\_\_\_  
 کد خدمت \_\_\_\_\_  
 # \_\_\_\_\_

هماهنگ‌کننده خدمت  
 باید توسط یک بزرگسال برآورده  بله  خیر  دسترسی به خدمات  دارای مجوز  رد شده  تاریخ درخواست:  
 شود  
 در مورد تحرک/مقصد آموزش  بله  خیر  داوطلب آموزش است؟  بله  خیر  ناموفق   
 دیده است؟  
 حمایت‌های طبیعی: (توضیح دهید) \_\_\_\_\_

نکات بین‌رشته‌ای: \_\_\_\_\_

تأیید مشاور: \_\_\_\_\_  
 امضای مدیریتی POS \_\_\_\_\_  
 تاریخ: \_\_\_\_\_

• نسخه‌ای بدهید به: هماهنگ‌کننده حمل و نقل • هماهنگ‌کننده حمل و نقل CSC •