

Centro Regional de Westside

SOLICITUD DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

IMPRIMIR

Nombre _____
Apellido _____ Nombre _____
Fecha de nacimiento _____
N.º de UCI _____

Nuevo servicio CAMBIO de servicio
 N.º de reautorización _____
N.º de SC _____ Nombre: _____
Fecha de compleción del formulario _____

Dirección _____
Código postal _____
Nombre del padre/madre/proveedor de atención _____
Lugar de recogida (en caso de que sea diferente a la dirección particular) _____
Lugar de llegada (en caso de que sea diferente al lugar de recogida) _____

Fecha de inicio _____
Empresa de transporte _____
Teléfono particular _____
Teléfono celular/laboral/alternativo _____
Nombre _____
Nombre del contacto de emergencia _____
Teléfono _____

SOLO PARA EL TRANSPORTE

a. m./recogida _____ p. m./llegada _____
Cuadrícula _____
Zona _____
Coordinador _____

MOTIVO DEL NUEVO COMIENZO DEL TRANSPORTE

- Es nuevo en el sistema del centro regional
 No asistió a ningún programa

- Lo transfirieron de otro centro regional
 Lo transfirieron de un hospital estatal

Asistió al programa. Transportado anteriormente por:

CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL CLIENTE (MARCAR UNA O MÁS)

- Sordo o con discapacidad auditiva
 Ciego o con discapacidad en la visión
 Utiliza silla de ruedas → → → →

Manual Eléctrica

- Sufre de incontinencia urinaria
 No puede subir escalones
 Utiliza andador

No habla

Ninguna de ellas

- Autista
 Diabético
 Tiene antecedentes de violencia contra sí mismo u otras personas
 Tiene problemas de comportamiento ocasionales durante el transporte

Sufre convulsiones: Frecuencia _____

INFORMACIÓN DEL PROGRAMA:

Nombre del programa _____

Teléfono _____

Dirección del trabajo o programa: _____

Persona de contacto: _____

Días primarios LU MA MI JU VI SA Hora de inicio _____

Hora de finalización _____

Un solo viaje Viaje de ida y vuelta

Días alternos LU MA MI JU VI SA Hora de inicio _____

Hora de finalización _____

Un solo viaje Viaje de ida y vuelta

CAMBIO O FINALIZACIÓN DEL SERVICIO

Tipo de cambio Dirección o número de teléfono del cliente Programa Horario Otro

(marcar uno o más) Finalización del servicio Conservar servicio hasta (fecha) _____

Información nueva _____

Fecha de entrada en vigor _____

Motivos _____

SOLO PARA EL COORDINADOR DEL TRANSPORTE

N.º de proveedor _____ Código de servicio _____

Fecha de recepción: _____

N.º de autorización _____

COORDINADOR DE SERVICIOS

Debe ser atendido por un adulto Sí No Accede a los servicios Certificado Denegado Fecha de la solicitud: _____

¿Capacitado para movilidad/destino? Sí No → ¿Candidato para capacitación? Sí No No satisfactorio

Apoyos naturales: (describir) _____

Notas interdisciplinarias: _____

Verificación del consejero: _____

Fecha: _____

Firma de la administración de la adquisición de servicios: _____

Fecha: _____

Distribuir a: Empresa de transporte • Coordinador del transporte • CSC