

**Concord Kannapolis tránsito del área (Rider)**

**Servicios de transporte informal**

**45 Tránsito Ct NW**

**Concord, NC 28025**

**Teléfono: (704) 920-5876 / TDD: (800)735-2962**

[**www.ckrider.com**](http://www.ckrider.com)

**Gracias por solicitar información sobre la elegibilidad para ADA Paratransit Servicio ti. Servicio de Transporte adaptado de Concord Kannapolis jinete de tránsito es una “red de seguridad” para las personas con discapacidades físicas, cognitivas o visuales que son funcionalmente incapaz de utilizar de forma independiente el servicio de ruta fija CK jinete o bien todo el tiempo, de manera temporal o sólo en determinadas circunstancias. Se adjuntan la Solicitud de transporte ADA y el jinete tránsito transporte ADA Cómo montar guía que explica Servicio Paratránsito ADA. Por favor leer el transporte ADA Cómo montar guía cuidadosamente antes de completar su aplicación.**

Los pasos en el proceso de elegibilidad

1. Solicitar el paquete de solicitud.

2. Complete todas las preguntas sobre la aplicación Paratransito que sigue a esta página.

3. Presentar su solicitud a su médico u otro profesional, para completar la sección de verificación profesional.

4. Envíe su firma y la aplicación completa y formulario de verificación profesional para:

Concord Kannapolis zona de tránsito Servicios (Rider) Paratransito

45 Tránsito Ct NW ​​Concord, NC 28025

5. Se le pedirá a asistir / participar con una entrevista en persona y evaluación funcional. Su elegibilidad se determinará el plazo de 21 días desde la fecha de completar su entrevista en persona y evaluación funcional. Se le notificará por carta como a su estado de elegibilidad.

6. Si usted no recibe una notificación por escrito de la decisión del jinete de tránsito dentro de los 21 días, puede solicitar los servicios de transporte informal hasta que una decisión ha sido tomada llamando al (704)920-5876 o TDD (800) 735-2962.

Una solicitud incompleta será devuelto y retrasará el procesamiento.

CADA pregunta debe ser respondida y legible.

Complete todas las secciones de este formulario. será devuelto una solicitud incompleta. La información que proporcione ayudará a determinar qué tipo de servicio de transporte es el servicio adecuado para usted. Toda la información será confidencial.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (en imprenta)

Nombre de pila \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Birth\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: Masculino Hembra

Dirección de envio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apto#\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de origen (si es diferente de correo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de las instalaciones / Construcción de viviendas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_puerta Code\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono (durante el día) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TTY para personas con problemas de audición \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nueva aplicación O Recertificación (ID # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**Por favor, envíenme información en un formato alternativo:**

 ampliación de foto Cinta de audio Braille discos compactos español otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, indique el nombre de un familiar / amigo local en caso de una emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono (durante el día) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (de la noche)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo se viaja ahora? Por favor marque lo que corresponda en su caso.**

Caminar Andar en coche Viajar en coche de otra persona Taxi

Bicicleta paratránsito Piloto de tránsito de ruta fija de autobuses Otro

**hacer una lista de viajes comunes y los lugares a los que viaja más a menudo:**

1. Destino de viaje:

Mapa de Ubicación / Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Dirección Ciudad Código postal

1. Destino de viaje:

Mapa de Ubicación / Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Dirección Ciudad Código postal

1. Destino de viaje:

Mapa de Ubicación / Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número y Dirección Ciudad Código postal

**¿Tiene una discapacidad cognitiva o física que a veces o todo el tiempo hace que usted sea incapaz de seguir adelante, paseo, y bajar de los autobuses de ruta fija por sí mismo sin la ayuda de otra persona?**

Sí (por favor explique) No

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Qué tipos de discapacidad hará ser incapaz de utilizar autobuses públicos de Rider Transit?**

Discapacidades físicas Deficiencias visuales / ceguera La discapacidad del desarrollo

Enfermedad mental La cirugía reciente Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cuando se le diagnosticó su incapacidad?**

­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mes año

**Se considera estable su discapacidad?** Sí No

**Se considera que su incapacidad progresiva?** Sí No

**Se le considera la incapacidad temporal?** Sí (por favor explique) No

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Paratránsito operadores son incapaces de realizar las funciones de un asistente de cuidado personal (PCA). ¿Tendrá que viajar con un PCA o alguien que le ayude cuando se utiliza transporte alterno?**

Sí; siempre (por favor explique) Sí; a veces (por favor explique) No

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Se puede esperar un jinete de tránsito de ruta fija de autobuses?**

Sí, si hay un banco o refugio Sí, a menos de 15 minutos No

otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Hasta dónde puede caminar sobre terreno plano y sin ayuda a la movilidad?**

Menos de 1 bloque 1 bloque 2 cuadras 3 o más bloques

**¿Cómo de lejos puede caminar sobre terreno plano con su ayuda a la movilidad?**

Menos de 1 bloque 1 bloque 2 cuadras 3 o más bloques

**¿Cuál de estas ayudas para la movilidad que utiliza actualmente cuando se viaja? (Por favor marque todos los que apliquen)**

bastón blanco Desarrollado wheelchair Caminante

Single Point / bastón de cuatro patas scooter / carro Walker con asiento

muletas silla de ruedas manual oxígeno portátil

Inmovilizador de pierna Poder ayudar a la silla de ruedas Protésico / ortésico

animal de servicio tablero de comunicación Ninguna

otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si marcó silla de ruedas manual, silla de ruedas eléctrica, el poder ayudar a la silla de ruedas o scooter de potencia / compra, por favor suministrar los siguientes datos:**

**Es el dispositivo de movilidad de gran tamaño?** Sí No

**¿Su dispositivo de movilidad pesan más de 600 libras cuando está ocupada?** Sí No

**¿Sabe usted el peso de usted y su silla de ruedas / scooters combinado?** Sí No

Si es así, por favor proporcione peso total en libras. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es la marca y modelo de su silla de ruedas o un scooter?**

Haz un modelo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es el ancho de la silla de ruedas o un scooter en pulgadas?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuál es la longitud de su silla de ruedas o un scooter en pulgadas?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si utiliza una silla de ruedas motorizada o un scooter, Rider Tránsito necesitará verificar lo que usted y su silla de ruedas pesan en total. Piloto de Tránsito Paratransito vehículos elevadores están diseñados para levantar 600 a 800 libras dependiendo del tipo de vehículo de paratransporte.**

**El uso actual de autobuses públicos de Rider Transit**

**Cómo se utiliza de Rider Transit autobuses de ruta fija por sí mismo?** Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Qué rutas que utiliza?

**¿Cuándo fue la última vez que utilice los autobuses de ruta fija de Rider tránsito por su cuenta?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Necesita a alguien para viajar con usted cuando viaje en la comunidad o cuando se utiliza autobuses públicos de Rider Transit?** Sí, siempre Sí a veces No

**¿Alguna vez ha tenido una formación sobre cómo viajar alrededor de la comunidad o el uso de autobuses públicos de Rider Transit?** Sí No Nunca Ridden

FUNCIONAL ABILITIES- USO DE RUTA FIJA AUTOBUSES

**Por favor marque lo que corresponda basa en su habilidad para montar de forma independiente los autobuses públicos.**

Puedo ir y venir de las paradas de autobuses que no están demasiado lejos.

La gravedad de mi discapacidad o condición de salud puede cambiar de un día a otro.

Puedo montar los autobuses de ruta fija cuando me siento bien, pero no en otros momentos.

Tengo una condición de discapacidad o de salud que hace que yo sea incapaz de montar los autobuses de ruta fija cuando el clima es muy caliente.

Tengo una condición de discapacidad o de salud que hace que yo sea incapaz de montar los autobuses de ruta fija cuando el clima es extremadamente frío.

Soy incapaz de viajar en los autobuses de ruta fija cuando hay lluvia y el viento debido a mi discapacidad o estado de salud.

Puedo ir y venir de las paradas de autobús sólo si hay cortes en los bordillos y aceras nivel.

Tengo dificultades para entender o recordar todas las cosas que tendría que hacer para utilizar los autobuses de ruta fija.

 Puedo usar los autobuses de ruta fija si se trata de un lugar que vaya todo el tiempo.

Soy incapaz de viajar en los autobuses de ruta fija durante períodos de oscuridad debido a mi discapacidad o estado de salud.

Nunca puedo usar los autobuses de ruta fija por mí mismo.

No soy capaz de utilizar los autobuses de ruta fija por mí mismo por otras razones. Por favor explique

CERTIFICACION DE SOLICITANTE

Entiendo que la información que proporciono en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. El propósito de esta aplicación es para determinar si tengo derecho a utilizar los servicios de Paratransit, o si a veces me puedo montar los autobuses de ruta fija Concord Kannapolis tránsito. Yo entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de Servicios Paratransit, así como una sanción en virtud de la ley.

También entiendo que sin costo alguno para mí, el Concord Kannapolis Área jinete de tránsito podrán exigir que participo en una evaluación en persona de mis habilidades de viaje y de acuerdo a una evaluación funcional de este tipo si éste es necesario.

Estoy de acuerdo en notificar a Concord Kannapolis jinete de Tránsito si mi condición cambia, si mi dispositivo de movilidad ha sido reemplazado, si tengo un nuevo dispositivo de movilidad, o si ya no necesite utilizar los servicios de Paratransit.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del solicitante o tutor, si aplicable Fecha

Persona que completa la solicitud si no el solicitante:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Relación con el solicitante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono (durante el día) Número de teléfono (de la noche)



Con esto concluye la parte del solicitante de la solicitud. La siguiente página debe ser completado por un profesional médico.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL (REQUERIDO)

Haga que un profesional médico complete este formulario antes de enviar su solicitud a Rider Transit. Cualquier profesional médico (incluidos los que se enumeran a continuación) puede firmar la solicitud. Si esta página no es completada y firmada por un profesional médico, se le devolverá la solicitud y el procesamiento puede demorarse.

**COMPLETED BY A MEDICAL PROFESSIONAL, NOT THE APPLICANT**

Please indicate your professional title:

 Physician Physician’s Assistant RN LPN ADN BSN NP Psychiatrist

 Psychologist Case Manager/Social Worker Chiropractor PT OT SLP P&O

 Certified Orientation and Mobility Specialist Other \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Please describe the medical diagnosis, physical or cognitive disability which causes the applicant to be unable to independently use a lift-equipped bus some or all of the time. Please provide specific details or the application will be returned.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

The ADA regulations state that persons are eligible for paratransit services if they are physically or cognitively unable to independently use lift-equipped public transit services (not discomforted or find difficulty). ADA paratransit eligibility is not based on the person’s lack of knowledge of bus service, distance from bus service, ability to drive, language ability, or age. The information you provide will assist in determining under what circumstances this applicant may be eligible for paratransit services.

Name of Applicant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Is this condition temporary? No Yes, for: 4 6 9 12 months

This person IS IS NOT able to self-supervise daily activities.

Last date of face-to-face contact with the applicant was \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I certify that under penalty of perjury under the laws of the state of North Carolina, that the information contained in the application is true and correct.

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Clinic/Agency \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Professional License/Registration/Certification # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_