



Solicitud para los servicios LANtaVan de viajes compartidos y para personas con discapacidades

(El Programa de Transporte para Asistencia Médica (MATP), Personas con discapacidades (PwD), la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Viajes compartidos para personas mayores de 65 años, Viajes generales de tarifa completa)

1. LANtaVan no es un servicio gratuito. Usted puede disponer de servicios de transporte a un precio reducido si cumple con cualquiera de los siguientes criterios:

- Está recibiendo asistencia médica a través del Departamento de Servicios Humanos;
- Tiene alguna discapacidad y entre 12-64 años de edad;
- Vive al lado de una ruta fija, pero debido a una discapacidad no es capaz de acceder a ella; o
- Es mayor de 65 años.

2. Si desea solicitar este servicio, complete este formulario y envíelo con una copia legible de los documentos indicados (la copia original o una copia escaneada legible, no se aceptan faxes) a la siguiente dirección:

LANta
1060 Lehigh Street
Allentown, PA 18103
Attention: LANtaVan Applications
LANtaVanApps@lantabus-pa.gov

Notar bien:

- Todos los clientes deben completar las Partes 1, 4, 5, 6, 7 y 8.
- Si tiene Asistencia Médica a través del Departamento de Servicios Humanos, complete la Parte 2.
- Si tiene una discapacidad, complete la Parte 3. Si Ud. tiene entre 12-64 años, tendrá que someterse a una evaluación física y/o cognitiva en persona. Esta evaluación se fijará después de haber sido revisada su aplicación.
- Hay que incluir un comprobante de su edad con la aplicación.

3. Una vez que su solicitud se haya recibido y revisado, y se ha completado la evaluación física y / o cognitiva en persona (si corresponde) y revisado, se le notificará, por correo, si reúne los requisitos para participar.

4. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o si necesita este formulario en un formato alternativo, llame al Servicio al Cliente de LANtaVan al (610) 432-3200.

Nota: La información proporcionada en esta solicitud con respecto a su edad, discapacidad y condado de residencia será utilizada para determinar si califica para los servicios de transporte compartido para personas con discapacidades (*paratransit*) de acuerdo con los requisitos de los programas de Personas con Discapacidades y de Viajes Compartidos para Personas Mayores.

Otra información en el formulario será utilizada para efectuar la recogida de datos, para determinar si califica para otros programas de transporte, y para ponerle en contacto con los servicios de referencia apropiados (MATP, ADA). Esta información se mantendrá confidencial y será utilizada sólo por los profesionales involucrados en la evaluación de si reúne los requisitos.

** FAVOR DE IMPRIMIR **

PARTE 1: PREGUNTAS GENERALES / DE CALIFICACIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección (calle y número): _____

Ciudad (*): _____ Estado (*): _____ Código postal: _____

Condado de residencia: _____ Sexo: _____ -

Teléfono: Casa () _____ Celular () _____ Trabajo () _____

Correo electrónico: _____

Número de Seguridad Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Documentos para comprobar la edad (Se requiere uno). Favor de enviar una fotocopia legible de su comprobante junto con su solicitud. No se acepta como comprobante la tarjeta de Medicare.

- 1. Papeles del licenciamiento del servicio de las fuerzas armadas
- 2. Certificado de bautismo
- 3. Acta de nacimiento
- 4. Tarjeta de identificación para el Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo (PACE, por sus siglas en inglés)
- 5. Tarjeta de residencia permanente (tarjeta verde)
- 6. Pasaporte/Certificado de ciudadanía
- 7. Identificación de Pennsylvania (emitida por el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV, por sus siglas en inglés)
- 8. Licencia para conducir con foto
- 9. Tarjeta de identificación de acceso universal para veteranos (tiene que llevar la fecha de nacimiento encima)
- 10. Declaración de edad de la Administración de Seguridad Social

Contactos de emergencia

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

¿Hay algo más que quisiera comunicarnos para que podamos servirle mejor? Sí ____ No ____

En caso afirmativo, explique: _____

Aparatos de movilidad

Favor de indicar los aparatos de movilidad que le correspondan:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Scooter de 3 ruedas | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Scooter de 4 ruedas | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Perro guía / animal de servicio | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal (complete la certificación a continuación) | |

Otro aparato: _____

Marca del aparato: _____

Certificación del Asistente de Cuidado Personal

LANTaVan no proporciona asistentes de cuidado personal (PCA, por sus siglas en inglés). Si necesita un PCA, usted debe conseguirlo por cuenta propia. El PCA viaja gratis siempre que necesite que viaje con usted.

Certifico que necesito los servicios de un PCA para hacer posible los viajes de forma independiente. Un PCA es una persona mayor de 12 años, empleada específicamente para que me ayude con la realización de al menos una actividad de la vida diaria (como se define en la Parte 3) de forma regular.

Voy a necesitar un PCA (marque uno): de forma permanente temporalmente de vez en cuando

Describe la ayuda facilitada por el PCA: _____

Si se trata de un arreglo temporal, indique las fechas de inicio y fin de cuando necesitará al PCA: _____

Si se trata de un arreglo de vez en cuando, describa las circunstancias en las que necesitará al PCA: _____

PARTE 2: INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE TRANSPORTE PARA ASISTENCIA MÉDICA

El Programa de Transporte para Asistencia Médica (MATP, por sus siglas en inglés) provee transportación a las citas médicas que califiquen para los recipientes de Asistencia Médica que no tienen otro medio de transporte. LANtaVan determinará qué medio de transporte resulta ser el más económico mientras satisfaga las necesidades del cliente.

Hay que indicar los 10 dígitos del número de recipiente emitido por el MATP: _____

Solicito (marque uno):

- ____ Un reembolso por el millaje recorrido por mi carro para viajes médicos (Siga a la página 11)
- ____ Un reembolso de las tarifas pagadas en los autobuses de ruta fija (pase a la página 11)
- ____ Servicios de transporte LANtaVan de viajes compartidos

¿Tiene un vehículo en su hogar? Sí ____ No ____ Explique: _____

** Por la presente certifico, que a mi leal saber, la información contenida en este documento es verdadera, correcta y completa. Me comprometo a comunicar sin demora cualquier cambio en las circunstancias a este proveedor de servicios. Entiendo que puede ser necesaria proveer documentación de todos los factores de calificación para determinar correctamente si califico o con fines de auditoría y que es un delito hacer declaraciones falsas a sabiendas. Entiendo que tengo el derecho a solicitar una audiencia ante el Departamento de Servicios Humanos. Esta declaración se extiende a todos los anexos necesarios para la determinación de si reúno los requisitos.

** Por la presente autorizo que, en el caso de que el proveedor de servicios debe verificar la información con respecto a mis viajes a los proveedores de servicios médicos, con el fin de cumplir con las regulaciones del Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania, tiene mi permiso de hacerlo. La información se quedará únicamente con el proveedor de servicios y sus agentes y se mantendrá en la más estricta confidencialidad. No será compartida con ninguna otra agencia, aparte de los profesionales de quienes recibimos la información.

Firma: _____ Fecha: _____

*******FOR OFFICE USE ONLY*******

Date of Service: _____

EVS CHECKED and ATTACHED

Health Care Benefit Code: _____

Mode Key: **P**=PUBLIC TRANSIT **S**= SHARED RIDE **A**=PRIVATE AUTO **V**=VOLUNTEER **O**=OTHER (See Svc. Notes)

MATP Funding Status: **GROUP 1** **GROUP 2** (D-00, D-05, B-00, PD-00, PD-21, PD-22, PD-29, TD-00, TD-11, TB-00)

Eligibility Status: ELIGIBLE INELIGIBLE

PARTE 3: PROGRAMA DE TRANSPORTE ADA

Para las personas con discapacidades que no pueden usar el servicio de autobuses de ruta fija, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) requiere que los servicios de transporte compartido se proporcionen a un nivel de servicio comparable con el sistema de ruta fija. No todas las personas con discapacidades pueden acceder a los servicios compartidos definidos por la ADA. Sólo aquellos que son incapaces de usar su sistema de rutas fijas califican para este servicio.

Los servicios de transporte alternativo tienen que ofrecerse los mismos días y las mismas horas cuando se ofrece el servicio de ruta fija. El transporte compartido *paratransit* debe servir todas las áreas comprendidas en una área que se extiende a $\frac{3}{4}$ de milla a cada lado de cada ruta servida por el sistema de ruta fija.

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

La calificación para el programa se basa en las discapacidades de acuerdo con la definición de la ADA. Una persona con una discapacidad se define por la ADA como una persona que tiene un impedimento físico o mental que le limita sustancialmente en una o más actividades principales de la vida, una persona que tiene un historial o documentación de tal impedimento, o una persona a quien otros perciben como si tuviera tal impedimento. Las principales actividades de la vida significan funciones tales como el cuidado de sí mismo, las tareas manuales, o poder caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.

Conteste a las siguientes preguntas:

- ¿En qué consiste su discapacidad? Marque todo lo que corresponda.

_____ Discapacidad de movilidad

_____ Discapacidad cognitiva

_____ Discapacidad mental

_____ Discapacidad visual

_____ Discapacidad auditiva

_____ Otra discapacidad (especificar): _____

- ¿Cuál discapacidad le impide utilizar el servicio de autobuses de ruta fija? _____

-
- Esta discapacidad ¿es permanente? Sí _____ No _____

(La definición estándar de una discapacidad permanente es la que tiene una duración de 12 meses o más.)

Si no es permanente, ¿cuánto tiempo piensa tener esta discapacidad? _____

- Su discapacidad ¿cambia de día a día? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, describa cómo cambia. _____

- El clima ¿afecta su discapacidad? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, describa los efectos. _____

EVALUACIÓN FUNCIONAL ADA

El término "servicio de autobús de ruta fija" en esta sección se refiere a la red de líneas de autobuses que operan en una ruta fija siguiendo un horario diseminado públicamente por LANta. Los pasajeros suben y bajan en las paradas establecidas.

¿Utiliza Ud. el servicio de autobuses de ruta fija? Sí ____ No ____ A veces ____

¿Cuáles rutas de bus utiliza? _____

¿Cuándo fue la última vez que utilizó de forma independiente los servicios de autobús de ruta fija? _____

¿Ha utilizado Ud. los servicios de autobús de ruta fija durante el último año? Sí ____ No ____ A veces ____

Si utiliza el autobús de ruta fija, ¿necesita la asistencia de otra persona para viajar de forma independiente? (Marque una respuesta)

Siempre ____ A veces ____ Nunca ____

Si necesita ayuda siempre o a veces, describa la asistencia proporcionada por esa persona:

¿Qué rutas de autobús de ruta fija sirven su vecindario?

¿Dónde está la parada de autobús de ruta fija más cercana a su casa? Indique la ubicación (por ejemplo, la esquina de las Calles Cinco y Chew) _____

¿Puede llegar a esta ruta fija parada de autobús por cuenta propia? Sí ____ No ____ A veces ____

Si no, explique por qué no: _____

¿Puede cruzar la calle por cuenta propia? Sí ____ No ____ A veces ____

Si no, explique por qué no: _____

Si ha utilizado los servicios de autobús de ruta fija y dejó de hacerlo, explique por qué: _____

¿Qué es lo que más le dificulta utilizar un autobús de ruta fija? (por ejemplo: El autobús arranca antes de haberme sentado). Le rogamos enumerar todas las dificultades que tiene.

Lea las siguientes declaraciones y marque las que mejor describan lo que Ud. entiende que es su capacidad para utilizar el transporte en autobús de ruta fija por cuenta propia. Marque toda declaración que le corresponda.

- Yo uso el servicio de autobús de ruta fija con frecuencia.
 - Puedo utilizar el autobús de ruta fija a veces, siempre que las condiciones estén adecuadas.
 - Me es difícil entender y recordar todas las cosas que tendría que hacer para encontrar mi camino hacia y desde el autobús de ruta fija.
 - Creo que podría aprender a usar el autobús de ruta fija, si alguien me enseñara.
 - Tengo dificultad o no puedo subir escaleras, sólo puedo subir a un autobús de ruta fija si dispone de un ascensor.
 - Tengo una discapacidad visual que me impide llegar o regresar del autobús de ruta fija, inclusive con entrenamiento.
 - La gravedad de mi discapacidad puede cambiar de un día a otro. Puedo viajar en el autobús de ruta fija sólo cuando me siento bien.
 - Jamás puedo utilizar el autobús de ruta fija por cuenta propia.
 - Puedo ir y venir de la parada de autobús de ruta fija, si la distancia no es demasiada y si la ruta está libre de obstáculos.
 - No hay servicio de autobús de ruta fija en mi área. No estoy realmente seguro de si puedo utilizar el autobús de ruta fija.
 - Mi discapacidad hace que sea imposible caminar hacia y desde el autobús de ruta fija, inclusive con buen tiempo.
 - No quiero viajar en el autobús de ruta fija.
 - No soy capaz de utilizar el autobús de ruta fija por otras razones. Explíquelas: _____
-

Para cada pregunta a continuación, seleccione una respuesta. Sus respuestas deben basarse en cómo se siente la mayor parte del tiempo, bajo circunstancias normales, cuando usa su equipo de movilidad; y si se puede realizar cada actividad de manera independiente.

Sin la ayuda de otra persona, ¿puede usted...:

1. subir y bajar tres escalones si hay pasamanos a ambos lados?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

2. usar el teléfono para obtener información?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

3. desplazarse una manzana, sobre una acera nivelada, cuando hace buen tiempo?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

4. Si usted es capaz de hacer esto, ¿cuánto tiempo le lleva hacerlo?

Menos de 5 minutos 5 - 10 minutos Más de 10 minutos No estoy seguro

Sin la ayuda de otra persona, ¿puede usted...:

5. cruzar la calle, si hay rampas en las aceras?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

6. subir y bajar en un elevador de silla de ruedas con pasamanos a ambos lados?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

7. desplazarse tres manzanas, sobre una acera nivelada, cuando hace buen tiempo?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

Sin la ayuda de otra persona, ¿puede usted...:

8. Si usted es capaz de hacer esto, ¿cuánto tiempo le lleva hacerlo?

Menos de 5 minutos 5 - 10 minutos Más de 10 minutos No estoy seguro

9. esperar 10 minutos al aire libre, sin un lugar donde sentarse, si hace buen tiempo?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

10. subir y bajar el bordillo de la acera?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

11. subir o bajar una pendiente gradual en la acera, si hace buen tiempo?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

12. encontrar su propio camino a la parada de autobús de ruta fija, si alguien le muestra el camino una vez?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

13. En la actualidad ¿viaja solo?

Siempre A veces Nunca No estoy seguro

14. ¿Alguna vez se ha perdido cuando viajaba solo?

Sí No, nunca viajo solo No, no me he perdido nunca

15. Si es así, ¿pudo encontrar su camino para regresar?

Sí Sí, con la ayuda de otra persona No

16. Si no pudo encontrar el camino para regresar, ¿qué hizo Ud.? _____

17. Si hace buen tiempo y no hay obstáculos en el camino, ¿cuánto puede caminar o desplazarse fuera de su casa, sobre una acera nivelada, con la ayuda de su equipo de movilidad? (Marque una distancia)

_____ No puedo desplazarme en absoluto fuera de casa
_____ Menos de 1 manzana _____ Hasta la acera enfrente de mi casa
_____ 3 manzanas _____ 6 manzanas
_____ 9 manzanas _____ Más de 9 manzanas
_____ No estoy seguro _____ Otra distancia (explique) _____

Le rogamos nos cuente cualquier otra cosa que debemos saber acerca de sus desafíos a la hora de viajar y su capacidad para utilizar los servicios de autobús de ruta fija.

Las preguntas de esta sección fueron diseñadas para darnos una mejor comprensión de sus opiniones sobre ciertos aspectos del servicio de autobuses de ruta fija equipados con rampas. Lea cada afirmación con cuidado y marque el número que indica si está de acuerdo, en desacuerdo o si no está seguro de la afirmación.

	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy seguro
El sistema de autobuses de ruta fija es demasiado complicado para que lo entienda yo	1	2	3
Me han dicho muy buenas cosas del servicio de autobuses de ruta fija.	1	2	3
No me interesa el servicio de autobuses de ruta fija para mi propio transporte.	1	2	3
Tengo que tener un asiento en el autobús de ruta fija, y me da miedo no conseguirlo.	1	2	3
Sería inconveniente para todos los que usan el autobús de ruta fija, ya que me lleva más tiempo subir. La gente se va a enojar.	1	2	3
Viajar en el autobús de ruta fija me hace más vulnerable a la delincuencia.	1	2	3
Creo que mi vecindario tiene un buen servicio de autobuses de ruta fija.	1	2	3
Me temo que vaya a bajar en la parada equivocada.	1	2	3
Llegar a mi destino a tiempo no me es muy importante.	1	2	3
El servicio de ruta fija tiene una tarifa más barata que el servicio de viajes compartidos <i>paratransit</i> . Pagar menos es un incentivo para utilizar el autobús de ruta fija.	1	2	3
Viajar en el autobús de ruta fija me llevaría demasiado tiempo.	1	2	3
Necesito ayuda para sujetar bien la silla de ruedas y no creo que los conductores de autobús de ruta fija me vayan a ayudar.	1	2	3
Tendría que levantarme más temprano en la mañana para utilizar el autobús de ruta fija, lo que sería un problema.	1	2	3
Las rampas en los autobuses de ruta fija se rompen a menudo. No creo que el servicio sea fiable.	1	2	3
Si el autobús de ruta fija se mueve antes de que me haya sentado, podría caermme.	1	2	3

ENTORNO DEL HOGAR

• ¿Cuántos escalones hay en la entrada que utiliza en su residencia? _____

• ¿Puede llegar a un vehículo sin la ayuda de otra persona? Sí _____ No _____

Si no, ¿por qué no? _____

VIAJES ACTUALES

• Enumere sus destinos más frecuentes y anote cómo llega allí ahora:

Dirección del destino ¿Con qué frecuencia va allí? ¿Cómo llega al destino?

ENTRENAMIENTO PARA VIAJES / MOVILIDAD

• ¿Alguna vez ha recibido entrenamiento para aprender a utilizar el autobús o moverse por la comunidad?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿de qué agencia o individuo recibió tal entrenamiento? _____

• ¿Cuándo recibió el entrenamiento? _____

• ¿Completó el entrenamiento con éxito? Sí _____ No _____

Si no, ¿por qué no? _____

• Su entrenamiento ¿se enfocaba en alguna ruta específica? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿qué rutas ha aprendido? _____

• ¿Le gustaría participar un entrenamiento para aprender a usar el autobús? Sí _____ No _____

PARTE 4: DATOS DEMOGRÁFICOS

Esta información se requiere para los informes.

Datos sobre la raza y etnia:

Blanca Afroamericana Indígena americana / Nativa de Alaska
 Hispana Americana asiática / de las Islas del Pacífico

Ingresos anuales (Marque uno):

Para un hogar de 1 persona Más de \$10,830 Menos de \$ 10,830
Para un hogar de 2 personas Más de \$14,570 Menos de \$ 14,570

Otros datos:

¿Vive solo? Sí No

¿Está de salud frágil o tiene alguna discapacidad funcional? Sí No

¿Tiene una vivienda adecuada? Sí No

Le rogamos que describa los efectos de cualquier discapacidad que tenemos que tener en cuenta:

PARTE 5: PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

Los servicios de transporte previstos por el Programa para Personas con Discapacidades no deben concederse en lugar de ningún servicio de transporte que ya recibe.

¿Recibe algún servicio de transporte o hay otro programa u organización que le paga algunos de sus gastos de transportación? Sí No

Marque todo programa que corresponda:

- Programa de transporte compartido para personas mayores
- Agencia local para Personas Mayores
- Programa de Transporte de Asistencia Médica
- Programa de Transporte Compartido Complementario de la ADA
- Programa de Salud Mental / Retraso Mental (MH / DDI, por sus siglas en inglés)
- Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR, por sus siglas en inglés)
- Programa de entrenamiento / empleo
- Hogar grupal donde vive
- Otro programa u organización: _____

PARTE 6: INGRESOS Y DATOS DEL HOGAR

Si usted no está inscrito para el Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP), puede calificar para este programa, el cual podría pagar todos los gastos de sus viajes que califiquen a las citas médicas.

Lea la siguiente tabla y responda a las afirmaciones que aparece a continuación. Si usted cree que califica, favor de comunicarse con nosotros para obtener más información.

Hay que marcar una de las afirmaciones a continuación:

_____ Ya estoy inscrito con el MATP

_____ He leído la tabla que aparece a continuación y creo que puedo calificar para el MATP

_____ He leído la tabla que aparece a continuación y no creo que califique para el MATP

ÍNDICES DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU. PARA EL 2015

Tamaño de familia	100% del nivel de pobreza	110% del nivel de pobreza	125% del nivel de pobreza	150% del nivel de pobreza	175% del nivel de pobreza	185% del nivel de pobreza	200% del nivel de pobreza
1	\$11,670	\$12,837	\$14,588	\$17,505	\$20,423	\$21,590	\$23,340
2	\$15,730	\$17,303	\$19,663	\$23,595	\$27,528	\$29,101	\$31,460
3	\$19,790	\$21,769	\$24,738	\$29,685	\$34,633	\$36,612	\$39,580
4	\$23,850	\$26,235	\$29,813	\$35,775	\$41,738	\$44,123	\$47,700
5	\$27,910	\$30,701	\$34,888	\$41,865	\$48,843	\$51,634	\$55,820
6	\$31,970	\$35,167	\$39,963	\$47,955	\$55,948	\$59,145	\$63,940
7	\$36,030	\$39,633	\$45,038	\$54,045	\$63,053	\$66,656	\$72,060
8	\$40,090	\$44,099	\$50,113	\$60,135	\$70,158	\$74,167	\$80,180

Para todos los estados (menos Alaska y Hawái) y para el Distrito de Columbia.

Notar bien: De uso opcional en el año fiscal federal del 2014 y de uso mandatorio en el año fiscal federal del 2015.

PARTE 7: PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Por la presente certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera conforme a mi leal saber y entender.

Doy mi permiso para que LANtaVan se comunice con un proveedor médico u otro profesional designado por mí para obtener información adicional sobre mi salud. Sí _____ No _____

Nombre y número de teléfono del profesional de la salud que tiene conocimiento de mi salud

Su firma o la de la persona que completó este formulario

Fecha

PARTE 8: CERTIFICACIÓN

Comprendo que se espera que llame yo mismo por teléfono para comunicarme con LANtaVan.

Marque una afirmación:

Puedo hacer llamadas telefónicas por cuenta propia.

No puedo hacer llamadas telefónicas por cuenta propia. Designo a la persona nombrada a continuación para hacer todas mis llamadas telefónicas con LANtaVan.

Nombre de la persona designada:

También comprendo que el objetivo de esta solicitud es para determinar si califico para participar en los programas de transporte ofrecidos por LANtaVan. Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera conforme a mi leal saber y entender.

Su firma o la de la persona que completó este formulario

Fecha

Nombre de la persona que completó este formulario

Relación Número de teléfono