

Fecha: \_\_\_\_\_

# Solicitud de Servicio YVEDDI ROAP

País de residencia:			
Nombre:			
Dirección:			
Código postal:			
Teléfono:			
Dirección de correo electrónico:			
Fecha de cumpleaños:		Los últimos 4 dígitos del número de Seguro Social.:	
1. ¿Recibe Medicaid? (En caso afirmativo, consulte DSS)		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
2. ¿Tienes un vehículo?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
3. ¿Tiene licencia de conducir?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
4. ¿Tiene algún amigo o familiar que pueda llevarlo a sus citas?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
5. ¿Tiene alguna condición médica que ponga en peligro su vida? (si es así, por favor describa)		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
6. Nombre/Dirección del médico o agencia que puede verificar la condición médica.			
7. ¿Tiene alguna condición incapacitante? (En caso afirmativo, describa)		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
8. ¿Utiliza silla de ruedas?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
9. ¿Utiliza algún otro dispositivo de asistencia como oxígeno, un bastón o un andador?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
10. ¿Puede subir escaleras?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
11. ¿Una cuidadora va con usted a las citas?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
12. ¿Con qué frecuencia necesitará transporte?			
<i>Frecuencia:</i>	<i>Dirección del sitio:</i>		<i>Razón:</i>
13. ¿Es usted un veterano del servicio militar?		<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono:			
Teléfono del trabajo:			
Relación con la cliente:		<input type="checkbox"/> Relativa/ Relativo <input type="checkbox"/> Amiga/ Amigo <input type="checkbox"/> Cuidadora/Cuidador <input type="checkbox"/> otra/otro _____	
Firma de la olicitante:		Fecha: _____	
<b>SÓLO PARA USO DE OFICINA</b>			
Approved for:		<input type="checkbox"/> RGP <input type="checkbox"/> E & D	
Employee Name:			