



INSCRIPCIÓN PARA EL SERVICIO DE TRANSPORTE BURBANKBUS CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Instrucciones: Para usar el servicio de transporte para ancianos y personas con discapacidad de la ciudad de Burbank, pídale al médico que complete y presente este formulario antes de solicitar un viaje. Se aceptan otros formularios de certificación de discapacidad proporcionados por el médico.

Fecha: _____
Nombre del pasajero: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____

LA PERSONA MENCIONADA ANTERIORMENTE ES PACIENTE DESDE:
¿ESTA PERSONA TIENE UNA DISCAPACIDAD ACTUALMENTE? SÍ o NO

¿NECESITA USAR SILLADE RUEDAS? SÍ NO

ESTA PERSONA CALIFICA, POR NATURALEZA DE SU DISCAPACIDAD, PARA USAR LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE DISPONIBLES PARA LOS RESIDENTES CON DISCAPACIDAD DE BURBANK.

Firma del médico: _____
Nombre del médico: _____
Dirección: _____
Número de teléfono: _____

El médico debe completar este formulario y devolverlo a:

BurbankBus - Servicios de transporte para ancianos y personas con discapacidad
PO Box 6459, Burbank, CA 91510
Número de teléfono:(818) 238-5360
Fax: (818) 238-5351
contact@burbankbus.org.(mejor opción)