



Sedgwick County...  
working for you

**TRANSPORTE DEL CONDADO DE SEDGWICK (SCT)**  
271 W. 3<sup>rd</sup> St. N., Suite 500 | Wichita, KS 67202

Línea directa: (316) 660-5150 Fax: (316) 660-1936  
Centro de llamadas de consulta para personas mayores/con  
discapacidad: 1-855-200-2372

[www.sedgwickcounty.org/aging](http://www.sedgwickcounty.org/aging) haga clic en el enlace Transporte

La información proporcionada en este formulario ayuda al SCT a comprender cómo realizar mejor el transporte de personas y se utiliza para garantizar el acceso a la programación web, así como información demográfica a nuestros concesionarios o para buscar oportunidades de subvenciones. **Complete tanto como sea posible.**

Nombre legal del solicitante (nombres, apellidos) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Edificio \_\_\_\_\_ N.º de depto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

|  |                       |
|--|-----------------------|
| <b>Solo para uso de la Oficina de SCT:</b> |                       |
| Client ID _____                            | Date Rcvd _____       |
| Date Entered _____                         | Program Code(s) _____ |
| _____ / _____                              |                       |

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_  
Femenino \_\_\_\_\_

| CONTACTO DE EMERGENCIA            |          |
|-----------------------------------|----------|
| Nombre _____                      |          |
| Número de teléfono _____          | de _____ |
| Relación con el solicitante _____ |          |

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Raza/Etnia \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono fijo \_\_\_\_\_  
N.º de teléfono celular \_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar (cuente al solicitante como uno, cónyuge, dependientes (hijos) si son menores de 18 años) \_\_\_\_\_ Ingresos brutos mensuales \$ \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Marque cualquiera de los siguientes que se apliquen al solicitante: \_\_\_\_\_ Usa un animal de servicio  
\_\_\_\_\_ Discapacidad visual \_\_\_\_\_ Discapacidad auditiva \_\_\_\_\_ Discapacidad del habla \_\_\_\_\_ Usa oxígeno  
\_\_\_\_\_ Usa bastón/muletas \_\_\_\_\_ Usa andador \_\_\_\_\_ Deterioro de la memoria (encierre en un círculo: Leve  
Moderado Grave)  
\_\_\_\_\_ Tiene un asistente (**no proporcionado por el SCT**) \_\_\_\_\_ Necesita ayuda desde la puerta de su residencia hasta  
la puerta de destino  
\_\_\_\_\_ Necesita ayuda más allá del umbral de su residencia y de la puerta de destino (**no proporcionado por SCT**; se  
proporcionará otra referencia de transporte)

¿El solicitante puede subir y entrar a una minivan? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No ¿El solicitante puede subir a un autobús?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Verifique qué dispositivo(s) de movilidad, si los hay, puede usar o llevar el solicitante para transportarse:  
\_\_\_\_\_ Dispositivo de 4 ruedas no motorizado estándar (plegable) \_\_\_\_\_ Dispositivo de 4 ruedas no motorizado de gran  
tamaño (plegable)  
\_\_\_\_\_ Dispositivo motorizado (eléctrico) de 3 o más ruedas \_\_\_\_\_ Dispositivo motorizado con ruedas de gran tamaño  
\_\_\_\_\_ Bicicleta \_\_\_\_\_ Scooter (dispositivo de 3 o más ruedas - especificar modelo/marca) \_\_\_\_\_

¿El solicitante puede subir y bajar de forma independiente de un dispositivo de movilidad de 3 o más ruedas?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No aplica (N/A)

¿El dispositivo de movilidad con ruedas está equipado con un cinturón de regazo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A  
Se requiere el uso del cinturón de seguridad en los vehículos durante el transporte.

¿La persona junto con el dispositivo de movilidad con ruedas superan las 800 libras? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No sé

¿La residencia de la persona tiene una rampa de movilidad accesible? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ No aplica

**\*El servicio no puede acomodar viajes de emergencia, sillas geriátricas, camillas, segway o carritos. Este es un programa de transporte público general y existen limitaciones a lo que este servicio es capaz de realizar.\***