

# Apoyando a Nuestros Mayores

(SOS por sus siglas en Ingles)



## Solicitud para Servicios de Transportación

### Información del Receptor/a:

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

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Inicial del Segundo Nombre) (Apellido) (Apodo)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

¿Es usted un Veterano? Si No

### Información del Contacto de Emergencia:

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Hospital Preferido: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Agencia de Salud en el Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

### Información Estadística

#### **Lenguaje Hablado**

- Ingles
- Español
- Otro: \_\_\_\_\_

#### **Etnicidad**

- Blanco
- Hispano
- Afroamericano
- Otro: \_\_\_\_\_

#### **Estado Civil**

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a

#### **Arreglos de Vivienda**

- Solo
- Con esposo/a
- Con familia
- Comunidad De ancianos
- Centro de vida asistida

#### **Seguro Medico**

- Medicare
- Medicaid
- Beneficios Del VA
- Otro

#### **Fuente de Ingresos**

- Seguro Social
- SSDI
- SSI
- Beneficios del VA
- Pensión/ Retiro
- Beneficios de Viudo/a
- Sin Ingreso

**Cantidad de Ingresos Mensuales:** \_\_\_\_\_

**Limitaciones/Capacidad Física:** Para usar el programa de transportación de SOS, el cliente tiene que poder meterse y salirse del carro **por su propia habilidad**. Esto También significa que incluso si usa una silla de ruedas, el conductor no puede cargar o descargar la silla para que el cliente la use. Caminadoras y bastones son aceptables para mantener su balance y por soporte.

***¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas?***

Bastón    Caminadora    Silla de Ruedas    Motoneta eléctrica    Otro: \_\_\_\_\_

***Marque todo lo que Corresponda:***

Discapacidad Auditiva    Discapacidad visual    Usa Oxigeno  
 Problemas De Equilibrio    Discapacidad física

La siguiente información se juta para poder reportar sobre el programa y es requerida por nuestras fuentes de financiamiento para garantizar que los servicios se brinden adecuadamente. Por favor marque todo lo que corresponda.

**Actividades de la Vida Diaria:**

Puedo comer sin ayuda.  Si    No

Me puedo bañar sin ayuda.  Si    No

Me puedo vestir sin ayuda.  Si    No

Puedo usar el inodoro sin ayuda.  Si    No

Puedo subir y bajar de la cama/silla sin ayuda  Si    No

¿Cuenta actualmente con atención medica domiciliaria las 24 horas de día?  Si    No

**Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:**

Puedo administrar dinero sin ayuda.  Si    No

Puedo encargarme de las compras sin ayuda.  Si    No

Puedo tomar mis medicamentos sin ayuda.  Si    No

Puedo preparar comidas sin ayuda.  Si    No

Puedo hacer tareas domésticas habituales sin ayuda.  Si    No

Puedo usar el teléfono sin ayuda.  Si    No

¿Utiliza las opciones de transporte disponibles?  Si    No

**Servicios Necesarios:**

***Seleccione todo lo aplique:***

Transporte Medico

Transporte a la Tienda de Comestibles

Transporte al dentista

Terapia física

Por Favor Especifique:

---

---

---

Comentarios:

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Este formulario es confidencial y no determina la elegibilidad para el programa\*\*\***

Por favor regrese la solicitud a 1129 Colorado Avenue, Grand Junction CO 81501 or entregela por correo electronico a [adrc@htop.org](mailto:adrc@htop.org)



**Vea al otro lado** 



# SOS Pólizas y Procedimientos



Con el interés de atender a las personas que usan SOS y a nuestros conductores voluntarios, perdimos que todas las personas que reciban viajes sigan las pólizas

Polizas:

- Absolutamente no fumar, usar blasfemia, o maltratar a los conductores voluntarios
- Pasajeros deben llamar a la oficina de SOS para programar la solicitud de transporte, no pueden hablarle los voluntarios directamente.
- Pasajeros deben seguir todas las reglas de acuerdo a las Leyes de Transportación de Colorado, usar cinturones de seguridad, etc.
- Pasajeros deben ser claros con sus solicitudes de transporte con la oficina de SOS, no pueden pedirles viajes secundarios o paradas extras a los voluntarios
- Pasajero deben ser capaces de bajar y subir del vehículo por si mismos.
- Pasajeros deben informar a los conductores voluntarios de equipo auxiliar como bastones, caminadoras, oxígeno, etc.
- Pasajeros deben solicitar asistencia adicional con el personal de SOS (ayuda en la tienda, descargando sus comestibles, etc.)
- Pasajeros deben dar un **aviso de 7 días** para las solicitudes de transporte al personal de SOS (el personal no está en la oficina los fines de semana). Porque este es un programa de voluntarios, no se garantiza que el viaje se pueda programar. El pasajero debe de agotar todas las otras formas de transporte antes de usar SOS, especialmente para transporte médico.
- Pasajeros deben dar un aviso de por lo menos **48 horas** por cualquier cancelación, si hacen más de tres cancelaciones seguidas los pasajeros pueden estar a riesgo de ser despedidos del programa.

***Si las pólizas de arriba no se siguen, el pasajero/a recibirá:***

**Primer Uso Indebido de la Poliza:** Pasajeros recibirán una llamada del director del programa

**Segundo Uso Indebido de la Poliza:** Pasajeros recibirán un aviso por escrito

**Tercer Uso Indebido de la Poliza:** Puede resultar en que los voluntarios se nieguen a dar los servicios de transportación para el/la pasajero/a lo cual resultara en la incapacidad de proveer los servicios de transportación a ese/a pasajero/a.

He leído y entendido la Póliza de Responsabilidad establecida por ADRC of Mesa County y Hilltop.

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