

RideLink Cliente Registro Información

Apellido :		Primero Nombre :		Medio Inicial :		
Dirección : _				(si aplicable) Apto .		
Ciudad:	Condado: KENT	CÓDIGO POSTAL	Género : <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no decir _	Eres _ ¿un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Primario ¿Teléfono móvil? _ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			(Debe tener 60 o más viejo) Fecha de nacimiento:			
Alternativa ¿Teléfono móvil? _ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Número de residentes en el hogar :			
¿Tú identificarse como transgénico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir _			Estimado Anual Familiar Ingreso :			
Orientación sexual : <input type="checkbox"/> Heterosexual /Heterosexual <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Preferir no decir _			\$ _____ .00 (Requerido)			
Raza / etnicidad : Multirracial ? Marca todas eso aplicar :	<input type="checkbox"/> Caucásico / Blanco	<input type="checkbox"/> Afroamerica no /Negro	<input type="checkbox"/> Hispano / latino	<input type="checkbox"/> Asia / Pacífico Isleño	<input type="checkbox"/> Indio americano / esquimal / aleutiano	<input type="checkbox"/> Otro :

Discapacidad Información

Discapacidad : física o discapacidad mental eso sustancialmente límites uno o más importante vida actividad .	
Usando el definición proporcionó arriba , sería ¿ Se describe a sí mismo como alguien con discapacidad ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Voluntad ¿ Te transportarán en silla de ruedas ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿ Utiliza un asistencial dispositivo? <input type="checkbox"/> Caña <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Otro	
¿Tú necesidad asistencia yendo y viniendo el vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿ Tiene usted necesidad el elevar ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Emergencia Contacto Información

Último Nombre :	Primero Nombre :	Medio Inicial :
Primario Teléfono : ()	Alterno Teléfono : ()	
Relación con el Cliente :		

Confidencialidad y divulgación de información

Entiendo _ eso el confidencial información que estoy proporcionando en este forma se utilizará _ para informes estatales y locales requisitos , programa gestión , calidad aseguramiento , seguridad pública e investigación . Ningún otro uso de identificación personal información en este forma es destinado a menos que lo autorice él o un tribunal pedidos él .

de firma : _____

Agencia o Servicio Uso SOLAMENTE del proveedor

Nombre completo :	Primario Teléfono : ()
Afiliación de agencia :	
liberación verbal asegurado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha asegurada :	Forma enviado por correo al cliente : <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de envío por correo : Forma enviado por fax al (616) 243-1258 fecha de envío por fax :

el formulario por correo a : **Hope Network Transportación PO Box 890 Grand Rapids, MI 49518-0890**

Asegúrate de responder s todo campos . Incompleto formas NO será procesado .

Permitir 5 negocios días para Procesando . Llamar RideLink al **844-694-6589** para verificar recibo de registro .

Esta iniciativa está financiada por: The Kent County Senior Millage. Además, cuenta con el apoyo de Hope Network West Michigan, Kent County Community Action, The Rapid, Senior Neighbors, United Methodist Community House y el Kent County Essential Needs Task Force (ENTF).