



TRANS MED for Seniors

فرم جدید ثبت نام

من علاقمند ثبت نام در ترنس مد برای بزرگسالان هستم. خواهش می کنم اسم و آدرس و شماره تلفن مرا به لیستتان اضافه کنید. من تصدیق می کنم تمام جوابهایم کامل با توجه به دانشهایم می باشد. من می فهمم که باید تمام مدارک مربوطه را که مرا واجد شرایط می سازد برای سرویس رفت و آمد به قرارهای پزشکی طبق مقررات باشد. من کوشش خواهم کرد که جلو تر و حداقل یک روز قبل و یا یک هفته قبل وقت بگیرم. وقت گرفتن برای همان روز امکان پذیر است اما قابل ضمانت نیست. من با شماره تلفن ۸۵۸۴۴۹۵۳۶۶ تماس خواهم گرفت در صورتی که بخواهم لغو برنامه کنم اگر نه من مستحق بودن در برنامه را نخواهم داشت.

858-449-5366

امضاء: _____

تاریخ: _____

مشخصات شما :

نام: _____ نام فامیل: _____ MI: _____

آدرس خیابان: _____

شهر: _____

کد پستی: _____

در محل نگهداری افراد مسن زندگی می کنید؟ آیا خانه شخصی دارید؟ _____

شماره تلفن: _____ موبایل: _____

ارتباط شخصی: _____ تلفن: _____

کمی در مورد خودتان به ما بگویید:

جنس: _____ سن: _____ تاریخ تولد: _____

وضعیت تاهل: مجرد مزدوج جدا شده طلاق گرفته بیوه

برای اینکه شایسته دریافت سرویس رفت و آمد باشید باید بوسیله یکی از معیارهای زیر مشخص شود.
با علامت زدن یک یا بیشتر از هر کدام که به شما مربوط می شود مشخص کنید.

دریافت کننده مدیکل	
دریافت کننده اس اس آی SSI	
درآمد ماهانه برای مجرد: کمتر ویا همان ۹۳۱ دلار	
درآمد ماهانه متاهل : کمتر ویا همان ۱۲۶۱ دلار	
تعداد افراد تحت تکفل :	درآمد متوسط:

مشکل حرکتی :

من دچار بعضی از موارد مزمن سلامتی هستم که راننده باید از آن اطلاع داشته باشد

(علامت بزنید)

مشکلات قلبی		بیماری قند		کم حافظگی	
سکته مغزی		آرتروز		سلامت رفتاری	
مشکل تنفسی		شکستگی استخوان - رگبریگی		نابینایی	
سنگینی وزن		موارد دیگر:		ناشنوایی	

من بعضی وقتها زمانی که اتوبوس در راه هست دچار مشکلاتی می شوم		
اضطراب؟		ایستادن زمانی که ماشین در حال حرکت است
		حمله؟
		رعشه بدنی
		موارد دیگر:
من به زبان دیگری تکلم می کنم و احتیاج به ارتباط دارم:		زبان اصلی:
		موارد دیگر:

لوازم حرکتی :



TRANS MED for Seniors

فرم جدید ثبت نام

من از بعضی از لوازم حرکتی استفاده می‌کنم:

بعضی وقتها	نه	بله
		عصا
		واکر
		صندلی برقی
		ویلچر
		من می‌توانم از ویلچر به روی صندلی بروم.
		من به کمک یک پرستار ویا پرستار مخصوص دارم.
		من نیار به کمک از طرف خانه تا ماشین را دارم.
		من نیاز به کمک برای داخل ویا خارج شدن از ماشین را دارم.
		من از سرویس حیوانات استفاده می‌کنم.
		من به چیز دیگری احتیاج دارم.
خواهش می‌کنم توضیح دهید:		

در صورت اورژانس:

ارتباط ضروری : سن : _____




تلفن : _____ خیشاوندی : _____

پزشک : _____ تلفن : _____

آدرس : _____ کد پستی _____

Office Use Only:	Age:	Income:	ZIP	Language:	Mobility:
Database:	FROM:	TO:	Companion:	#/Age	Notes:

ترنس مد بوسیله دوستان ما در مرکز سلامتی و نگهداری بزرگسالان با سرویس رفت و آمد اداره می‌شود که در مرکز سلامتی و نگهداری بزرگسالان پایه فراهم است .

TRANS  MED for SENIORS is operated by the Friends of Adult Day Health Care Centers with transportation provided by Poway Adult Day Health Care Center and funded by  Senior Mini Grant and  .

