

CTSA Aplicación

Por favor escriba

Fecha _____ Hombre / Mujeres

Apellido: _____

Nombre: Mr. / Mrs. / Ms. _____

Dirección _____

Teléfono _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento _____

Contacto de Emergencia #1 _____

Teléfono _____ Relación _____

Contacto de Emergencia #2 _____

Teléfono _____ Relación _____

Participante puede estar solo? Sí No

Ayudas para la movilidad usados:

Manual de la silla de ruedas

Silla de ruedas eléctrica

Desarrollado Scooter Caminante

Servicio de Animales Baston

Discapacidad Visual: Moderada

Graves Completamente alterada

¿Personas con discapacidad auditiva? Sí No

¿Día de Alzheimer Centro de Atención?

Sí No

¿El cliente requiere un proveedor de atención?

Sí No

Pacientes de diálisis? Sí No



North of the River
recreation and park district

Si es menor de 60 años de edad por favor tenga a su médico que llene el formulario adjunto.

Please send completed application to:

CTSA Office
222 Minner Ave.
Bakersfield, CA 93308

Be sure to enclose a note signed by your doctor or agency representative confirming your disability if under age 60.