

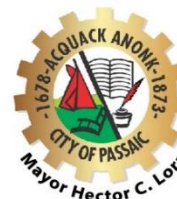
Envian o Presenten Aplicacion:

Passaic City Hall

ATTN: Senior Affairs

330 Passaic Street

Passaic, NJ 07055



CIUDAD DE PASSAIC

DEPARTAMENTO DE ASUNTOS DE ADULTOS MAYORES

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN: Los solicitantes deben completar y firmar la Parte I: Aplicación y Parte II: Exención de aprobación de la solicitud.

PARTE I: SOLICITUD DE NUTRICIÓN O TRANSPORTE

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Masculino Femenino

Dirección: _____
Calle Ciudad Codigo Postal

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____

Es usted residente de Passaic? SI NO

Mayor de 60 años? SI NO Si es menor de 60, tiene una discapacidad? SI NO

Usa cilla de rueda o algun dispositivo móvil? SI NO Otros alojamientos? _____

¿Tiene un asistente / cuidador personal que acompaña en los viajes? SI NO

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de contacto principal:

Dirección: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Nombre de contacto : _____

Dirección: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Por favor, escribe cualquier medicamento que toma: _____

STAFF USE ONLY Date received: _____ Approval: Y N Reviewer Initials: _____

ARREGLOS DE VIVIENDA Y TRANSPORTE

Casado(a) Viudo(a) Soltero(a) Separado(a) Divorciado(a)

Arreglos de vivienda:

Dueño de casa Renta Viviendas para personas mayores Residencia de vida asistida

Vive solo(a)? YES NO

Si no? Usted vive con: Familia Vivienda Compartida

Audición: Sordo(a) Limitada Aparato del oído

Visión: Ciego Limitada Lentes correctivos

Eres un veterano? SI NO

Medios de transporte:

Carro propio Transporte público Familia/Amigo Transporte Comunitario

RAZA/ ETNICIDAD

Por favor marque lo que corresponda:

Hispano / Latino Indio Americano / Nativos de Alaska Afroamericano Asian

Hispano Blanco Nativo de Hawai / Islas Del Pacífico Blanco/ No Hispano

No Hispano Dos o mas razas Otra raza Desconocida / Sin respuesta

INGRESOS ANUALES

Mi ingreso anual es:

PAAD ELEGIBLE

SENIOR GOLD ELEGIBLE

Soltero(a): \$10,210 o menos menos de \$22,572 \$22,573-\$32,572 \$32,573 +

Pareja Casada: \$13,690 o menos menos de \$27,676 \$27,677-\$32,677 \$32,678 +

CIUDAD DE PASSAIC
Formulario de Excencion de Transporte

Yo, por la presente, de forma voluntaria y de mi propia voluntad ceder y renunciar al derecho de hacer cualquier reclamación o traer cualquier acción legal contra la ciudad de Passaic o sus directivos, funcionarios, consultores, contratistas, empleados y / o voluntarios, por cualquier lesión, daños, cargos o gastos, incluyendo los honorarios de abogados que podrían ser sostenidos como resultado de mi participación voluntaria en la Ciudad de programa de Transporte de Passaic. También reconozco que la Ciudad de Passaic reserva el derecho de rechazar el cumplimiento de los procedimientos que rigen este programa. Estoy de acuerdo en cumplir con los términos establecidos en el Manual de Procedimientos de Transporte de la Ciudad de Passaic. La Ciudad se reserva el derecho a modificar los términos y condiciones de este programa sin previo aviso.

Nombre: _____

SU FIRMA: _____

FECHA: _____

Envíe por correo o entregar solicitud completa a:

Passaic City Hall

ATTN: Senior Affairs

330 Passaic Street

Passaic, NJ 07055

Las solicitudes serán evaluadas dentro de los 2-3 días siguientes a la recepción.

Los solicitantes aprobados recibirán una notificación por correo.

Para obtener más información, póngase en contacto con Asuntos de Adultos Mayores al (973) 365-5754.