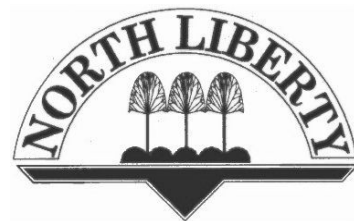


PROGRAMA PARA AUTOBUSES DESACTIVADOS 2020-2022



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

PROGRAMA PARA AUTOBUSES DESACTIVADOS
(1 de julio, 2020 al 30 de junio, 2022)
CIUDAD DE CORALVILLE
1512 7th Calle
CORALVILLE, IOWA 52241

Autorizo a mi médico, _____, para divulgar información a la Ciudad de Coralville sobre mi discapacidad que me califica para recibir un pase de autobús que me da derecho a viajar en la Ciudad de Coralville tránsito de forma gratuita. Entiendo que la Ciudad de Coralville mantendrá esta información confidencial y sólo se utilizará para determinar mi elegibilidad para el pase de autobús para discapacitados de la Ciudad de Coralville.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

PARA USO DEL MÉDICO sólo

La ciudad de Coralville ofrece transporte gratuito en la Ciudad de Coralville tránsito para personas discapacitadas. El programa está destinado a proporcionar un pase de tránsito a personas que tienen dificultades para viajar debido a una discapacidad. Por favor, responda las siguientes preguntas con respecto a su paciente, mencionado anteriormente, para permitir a la Ciudad determine la elegibilidad para un pase de tránsito.

1. **La discapacidad se define por ley como una condición física o mental de una persona que constituye una discapacidad sustancial.** Una persona con un resultado positivo de la prueba de inmunodeficiencia (VIH) también se considera discapacitada. De acuerdo con esta definición, se desactiva su paciente?

Si _____ No _____

2. **Si respondo que sí, ¿la discapacidad es temporal o permanente? Si es temporal, ¿cuál es la duración esperada de la discapacidad?**

Duración de la discapacidad _____

Firma del médico _____ Fecha _____

Nombre del médico (Impreso) _____

Dirección del médico _____ Teléfono: _____

Gracias por su asistencia. No dude en llamar a la Ciudad de Coralville al 248-1700 si tiene alguna pregunta sobre este asunto.

Sólo para uso de oficina: Pase # _____ Fecha _____