

**CENTER FOR COMMUNITY BUILDING, INC
3525 NORTH SIXTH STREET
HARRISBURG, PA 17110**

(717) 232-7009 – MATP
(717) 232-9884- FAX
1-800-309-8905 TOLL FREE NUMBER

PROGRAMA DE TRANSPORTACION DE ASISTENCIA MEDICAL

LAS INSTRUCCIONES PARA RELLENAR EL FORMULARIO

COMPLETA SÓLO LAS SECCIONES COMO SIGUE:

SECCION I:

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL)
FECHA DE NACIMIENTO
NUMERO DE TELEFONO ACTUAL
DIRECCION ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO AND CODIGO POSTAL)
CONDADO DE RESIDENCIA

SECCION II:

NUMERO DE SEGURO SOCIAL
OTROS ELEGIBLE MIEMBROS DEL HOGAR (I.E. NINOS, CONYUGE)

SECCION III:

APUNTE NECESIDADES ESPECIAL (SILLA DE RUEDAS, BASTON, ANDADOR,
TANQUE DE OXIGENO, AYUDANTE)

SECCION IV:

CONTESTE LAS DOS PREGUNTAS

SECCION V:

FIRMA DE CLIENTE O DESIGNADO
FECHA

**DEVOLVER DENTRO DE 30 DÍAS DE FECHA DE RECEPCIÓN A:
CENTER FOR COMMUNITY BUILDING, INC
3525 NORTH SIXTH STREET
HARRISBURG, PA 17110**