

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Programa de Asistencia para Taxis

Formulario de inscripción

Información del solicitante		
Nuevo solicitante	Solicitante a reevaluar	Fecha de última compra:
Nombre del solicitante (nombre y apellido):		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):
Raza/etnia:	Negro/afroamericano	Oriente Medio/Norte de África
Indoamericano/nativo de Alaska	Caucásico/blanco	Nativo de Hawái/Islas del Pacífico
Asiático	Filipino	Decido no responder
Biracial/multirracial	Hispano/latino	Desconocido
Domicilio: (Calle, ciudad, estado, código postal)		
Dirección postal (si es diferente a la del domicilio): (Calle, ciudad, estado, código postal)		
Correo electrónico:		
Número de teléfono:	Número de teléfono móvil:	Número de teléfono alternativo:
Estado civil:		
Idioma principal:		
Esta información se utiliza para cumplir con los requisitos establecidos por NRS 239B.022- 239B.026. Solo el Departamento de Salud y Servicios Humanos tendrá acceso a esta información. Proveer esta información es opcional.		
Sexo asignado al nacer: Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiero no contestar	Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Hombre transgénero Mujer transgénero Género no binario/inconformidad de género No figura en la lista (especifique) Prefiero no contestar	Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Homosexual ☐ Bisexual ☐ No figura en la lista (especifique) Prefiero no contestar

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad
Programa de Asistencia para Taxis

Formulario de inscripción

Información de contacto de emergencia		
Nombre:		Relación:
Teléfono particular:		Teléfono celular o del trabajo:
Información sobre los ingresos		
Ingreso mensual bruto: \$		Cantidad de personas que perciben ingresos:
Discapacidad Visual o Auditiva		
Discapacidad visual	Discapacidad visual grave	Discapacidad auditiva
Uso principal previsto de los cupones		
Actividades de ocio Compras esenciales Actividades religiosas Salud/Fitness	Trabajo/Voluntariado Finanzas Salud: Visitas al doctor, recoger recetas Red de servicios para personas mayores: centro para mayores, viviendas asistidas	
¿Cómo se enteró del Programa de Asistencia para Taxis?		
Declaración del solicitante		
Declaro bajo penalidad por falso testimonio que las declaraciones hechas en este documento son ciertas y correctas a mi leal saber y entender. Comprendo lo siguiente: • Los cupones de taxi son intransferibles; las sanciones pueden incluir la expulsión del programa. • Los cupones de taxi deben canjearse antes de la fecha de vencimiento.		
Firma:		Fecha:
USO EXCLUSIVO DEL EQUIPO TAP		
Revisado por:		Fecha de revisión:
Ingreso mensual bruto: \$		Tamaño del hogar:
Estado determinado: Elegible No Elegible		
Motivo por el cual no es elegible: No es residente permanente de Nevada No tiene 60 años o más No es una persona con discapacidad permanente No cumple con el límite de ingresos Otro		Nivel de categoría: Uno (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) Cinco (5)

[Borrar formulario](#)