



Programa de Acesso ao Transporte MVCS (TAP)
Pedido de Assistência de Transporte
Despesas Médicas Futuras

INFORMAÇÕES DO CANDIDATO

Nome do requerente: _____ Data da aplicação: ____/____/____
Seu estado civil: Casada/o Solteira/o Divorciada/o Separada/o Viúva/o
Este aplicativo é para você? Sim Não Se não, nome do indivíduo: _____
Idade da pessoa que precisa de ajuda de transporte: _____ DDN: _____ Gênero: _____
Raça: Nativa Americana Asiática Branca Afro-Americana Português do Brasil Outra
Endereço postal do requerente: _____ Email: _____
Número do telefone / celular: _____ Melhor horário para ligar: _____
Número de parentes que moram com você: _____
Empregado? Sim Não Tipo: Próprio Tempo integral Tempo parcial
Você tem seguro médico atualizado? Sim Não Se sim, digite: _____

INFORMAÇÕES DE NOMEAÇÃO E TRANSPORTE

Data e hora da consulta: ____ / ____ / ____ : ____ Localização: _____ prova*
Data e hora da consulta: ____ / ____ / ____ : ____ Localização: _____ prova*
Data e hora da consulta: ____ / ____ / ____ : ____ Localização: _____ prova*
Data e hora da consulta: ____ / ____ / ____ : ____ Localização: _____ prova*
Data e hora da consulta: ____ / ____ / ____ : ____ Localização: _____ prova*
Custos de transporte cobertos pelo seguro? Sim Não Parcialmente
Liste outras agências contatadas para assistência em viagens: _____

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DE TRANSPORTE

- SSA Auto Bilhete
 Bilhete (s) de passageiro SSA
 Cartão De GAS

ASSISTÊNCIA FORNECIDA

<input type="checkbox"/> Passageiro (s) SSA	Cartão# _____ , _____ , _____ , _____ , _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSA Auto (s)	Cartão# _____ , _____ , _____ , _____ , _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> GAS	Cartão# _____ , _____ , _____ , _____ , _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> ÔNIBUS	Informação: _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> Outra	Informação _____	Total \$ _____

Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas de acordo com o meu conhecimento. Certifico também que os recursos solicitados estão sendo usados para viagens de / para Martha's Vineyard para consulta (ões) de serviços médicos.

Assinatura do Requerente: _____ Data: _____

Completado por: _____

