



Llene por completo esta solicitud. Si tiene preguntas o no entiende cualquiera de las preguntas en la solicitud por favor llame (205) 978-1000 (local) o 1-800-543-7143 y marque #1. Las solicitudes serán procesadas dentro de dos semanas de la fecha que nosotros las recibimos.

Por Favor visite nuestra página de web [www.kidone.org](http://www.kidone.org) para obtener mayor información, que incluye acceso a la Solicitud, Descargos Generales y Poder Legal Limitado. Los clientes elegibles pueden utilizar la opción “Pedir Transporte” (“Request a Ride”) para programar las citas de transporte.

Por favor tenga en cuenta que puede mandar la solicitud interactiva y los documentos por correo electrónico o puede imprimir la solicitud y después mandarla por correo o por fax. Si tiene un programa de email ya instalado en su computadora (Outlook, Outlook Express, ect) puede hacer click en el botón “Click to Email” en la parte superior de la solicitud para mandarla por correo electrónico. Si utiliza un servicio de correo electrónico basado en el web (AOL, Gmail, Hotmail, Yahoo) por favor guarde la solicitud completada en su computadora y luego mándela por correo electrónico como un adjunto. Tiene que tener el programa Adobe Reader ya instalado en su computadora para ver y llenar la solicitud. Por favor visite la página [www.adobe.com](http://www.adobe.com) para bajar la versión gratis de Adobe Reader o puede bajarlo al hacer click en el enlace al final de nuestra página inicial.

Por favor devuelva por correo los documentos llenados a:  
Kid One Transport, P.O. Box 360943, Birmingham, AL 35236-0943

\*Las personas que ya son clientes pueden devolver los documentos llenados a los choferes en el momento de transporte.

## Solicitud para Servicio de Transporte

Por favor escribe en tinta oscura. Por favor llene toda la información en cada sección (el frente y el reverso).

### 1. Nombre del Cliente (1)

La información que sigue refiere al cliente, el individuo que vamos a transportar.

Nombre	Apellido del padre	Apellido de la madre	Número de Seguro Social	Número de Medicaid
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Número de teléfono (casa): ( ) ( )	Número de celular: ( ) ( )
Domicilio		Apartamento #	Número de teléfono (trabajo): ( )	¿Podemos llamarle al trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ciudad, Estado, Código Postal		Condado	Número de teléfono (alternativo): ( )	Correo electrónico:
Nombre de los Apartamentos/Edificio			¿Qué lengua habla con frecuencia? Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____ ¿Habla inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene un familiar que hable inglés? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Direcciones para llegar al domicilio			Necesidades especiales: Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Equipo médico <input type="checkbox"/>  Otra (Por favor explique): _____	

### Información Estadística

Por la generosidad de nuestros donantes importantes, Kid One puede proveer servicio de transporte para las citas médicas que son necesarias. Muchas veces los donantes piden información estadística con el propósito de reportar y justificar el servicio. La información que provee no va a determinar su elegibilidad y la información se va a mantener en confidencia.

Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/>  Otra <input type="checkbox"/> _____		
Tipo de cita: Médica <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>	Diagnos	¿Está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____ <b>*Tiene derecho a una (1) cita posparto.</b>

**Nombre del Cliente (2)**

La información que sigue refiere al cliente, el individuo que vamos a transportar.

Nombre	Apellido del padre	Apellido de la madre	Número de Seguro Social	Número de Medicaid
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Necesidades especiales: Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Equipo médico <input type="checkbox"/> Otra (Por favor explique):	
Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____				
Tipo de cita: Médica <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____			Diagnosis	¿Está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____ <b>*Tiene derecho a una (1) cita posparto.</b>

**Nombre del Cliente (3)**

La información que sigue refiere al cliente, el individuo que vamos a transportar.

Nombre	Apellido del padre	Apellido de la madre	Número de Seguro Social	Número de Medicaid
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Necesidades especiales: Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Equipo médico <input type="checkbox"/> Otra (Por favor explique):	
Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____				
Tipo de cita: Médica <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____			Diagnosis	¿Está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____ <b>*Tiene derecho a una (1) cita posparto.</b>

**Nombre del Cliente (4)**

La información que sigue refiere al cliente, el individuo que vamos a transportar.

Nombre	Apellido del padre	Apellido de la madre	Número de Seguro Social	Número de Medicaid
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Necesidades especiales: Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Equipo médico <input type="checkbox"/> Otra (Por favor explique):		
Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____				
Tipo de cita: Médica <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		Diagnosis	¿Está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____ <b>*Tiene derecho a una (1) cita posparto.</b>	

**Nombre del Cliente (5)**

La información que sigue refiere al cliente, el individuo que vamos a transportar.

Nombre	Apellido del padre	Apellido de la madre	Número de Seguro Social	Número de Medicaid
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Necesidades especiales: Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Equipo médico <input type="checkbox"/> Otra (Por favor explique):		
Raza: Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Amerindio <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____				
Tipo de cita: Médica <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Optometría <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Posparto <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> _____		Diagnosis	¿Está embarazada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____ <b>*Tiene derecho a una (1) cita posparto.</b>	

## 2. Nombre de Padre/Tutor

Nombre	Apellido	Parentesco al Cliente: _____	Necesidades especiales: Silla de ruedas <input type="checkbox"/>
		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Equipo médico <input type="checkbox"/>
			Otra : _____

## Nombre del adulto responsable que va a acompañar el cliente a sus citas.

Nombre	Apellido	Parentesco al Cliente: _____	Necesidades especiales: Silla de rueda <input type="checkbox"/>
		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):	Equipo médico <input type="checkbox"/>
			Otra : _____

## 3. Necesidad para Transporte

Aquí en Kid One estamos enfocados en cumplir nuestra misión con efectividad y eficiencia. Nuestro compromiso es proveer un servicio de calidad para familias en Alabama que no tienen medios de transporte para conseguir asistencia médica. Podemos proveer este servicio gracias al apoyo financiero de la comunidad local y nuestra meta es servir a personas con mayor necesidad. Además con este apoyo y compromiso adquirimos una responsabilidad con nuestros clientes, donantes, voluntarios, e integrantes de nuestro equipo.

¿Tiene acceso a transporte? Sí  No

Si no, ¿por qué?

¿Cuales son otras opciones de transporte disponible en su área? (ej. autobús, taxi, un coche de un amigo, etc...) \_\_\_\_\_

## 4. Información de Referencia

¿Cómo se enteró del servicio de Kid One? Un Trabajador Social  Oficina del Doctor  Televisión  Periódico  Revista   
Amigo/Familiar  Folletos de Kid One  Sitio web de Kid One  Otro

Lo siguiente se refiere a la persona o agencia que le envió a Kid One.

Nombre	Apellido	Relación/Parentesco con el Cliente:	Nombre de Agencia
Número Teléfono:		Número de Teléfono alternativo:	Correo Electrónico:
( )		( )	

## 5. Ingresos del Hogar

Si su hogar no tiene ingresos (Nadie en su hogar recibe un sueldo o efectivo mensualmente) marque aquí: \_\_\_\_\_

Por favor marque con una "X" los ingresos anuales para el hogar.

\$0 - \$10,000		\$30,001 - \$40,000	
\$10,001 - \$20,000		\$40,001 - \$50,000	
\$20,001 - \$30,000		\$50,001 - más	



## Poder Legal Limitado

Yo, el firmante llamado “el cliente” he hecho, negociado, y por éste medio, hago constituyo, y nombro Kid One Transport (“Kid One”) como verdadero y Abogado, con plenos poderes de substitución para hacer, lo siguiente en mi nombre, lugar y en lugar de:

Recibir, tomar, endorsar, asignar, entregar y negociar cualquier cheque u otro papel comercial girado a mi mismo representando desenbolsos por servicios de transportación provistos por Kid One a mi favor y/o cualquier de mis niños y/o dependientes y por lo tanto ratifico y apruebo tales acciones tomadas prioramente de Kid One. Entendido que ciertos bancos u otras instituciones financieras operan bajo éste poder legal limitado para depositar dicho cheques pagaderos a mi nombre, o a la cuenta de Kid One y por lo tanto absuelvo y sostengo a cualquier banco o institución financiero libre de cualquier reclamo o riesgo por depositando dicho cheques o papeles comerciales descritos aquí, los cuales sean presentados por Kid One para depositar en la cuenta de Kid One. Cualquier banco o institución financiero puede confiar en éste poder legal limitado hasta que sea notificado por escrito que el poder ha sido revocado.

Mi habilidad física o mental subsecuente a mi ejecución de éste poder legal limitado no revocara dicho poder el cual que dará vigente y en efecto no obstante habilidades físicas o mentales. Por lo tanto se extendere y sera obligatorio para los ejecutores, administradores, representantes legales, y sucesores, respectivamente, por todas las partes.

Por lo tanto doy testimonio y firmo hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_.

---

**Nombre de la Persona que recibe el transporte en letra de imprenta  
 (“Cliente”)**

---

**Firma de Cliente  
(Se require si es 19 años o mayor)**

---

**Nombre de Padre/Tutor en letra de imprenta  
(Se require si el cliente es menor de 19 años)**

---

**Firma de Padre/Tutor  
(Se require si el cliente es menor de 19 años)**



## Descargos Generales

Tengo entendido que el Sistema de Transporte de “Kid One” es una agencia sin fines de lucro que provee transporte gratis para los lugares de salud o lugares que proveen asistencia de maternidad para las madres embarazadas y para los niños que por no tener transporte no pueden llegar a la facilidad o al lugar de salud que les provee la atención necesaria.

En cambio por la transportación gratis que “Kid One” provee. Yo por parte mía, de mis herederos, ejecutores, administradores, y asignados como padre o tutor del niño inscrito abajo, por este medio (1) asumo responsabilidad total por utilizar los servicios de transporte que “Kid One” provee, y (2) exonero, absuelvo, para siempre perdono, descargo y mantengo inocentes a “Kid One”, sus sucesores y asignados, empleados y agentes y cada uno de sus herederos, ejecutores y administradores, y a todas otras personas, firmas y corporaciones, de cualquier reclamo, demanda, derechos y causa de acción, de cualquier tipo o índole, en la ley o equidad, que tenga conexión o se desarrolle con debido a la transportación que “Kid One” provee para mí y/o para mi niño.

Por medio de mi firma abajo, Yo reconozco: (1) que tengo diecinueve (19) años o más, (2) que soy el padre o tutor del niño identificado abajo, (3) que yo tengo la autoridad de entrar en este acuerdo por parte mía y del niño identificado abajo, y (4) que yo he leído con cuidado y entiendo por completo este Descargo y reconozco los términos aquí expuestos, y firmo esto como un acto voluntario.

El incumplimiento de las normas y regulaciones impuestas por “Kid One” resultará en la terminación del servicio. Integrantes del equipo de “Kid One” tienen el derecho de negar el servicio de transporte en cualquier momento y por cualquiera razón.

Kid One Transport no es responsable de los bienes personales de los clientes que se queden en el vehículo de transporte.

---

**Firma del Padre/ Tutor**

---

**Fecha**

---

**Nombre del Padre/Tutor en letra de imprenta**

---

**Nombre del Cliente (niño) en letra de imprenta**

---

**Firma del Cliente (niño)  
(14 años o mayor)**