



555 Court St NE, Suite 5230  
 Salem, OR 97301  
**Teléfono:** 503-361-7571  
**Fax:** 503-361-7560  
 traveltraining@cherriots.org

**Uso de la Oficina  
 Sello de Fecha**

## Cherriots Solicitud de Capacitación de Viajes

### Información del Solicitante

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si no es su casa): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad? Marque todo lo que corresponda.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón                    | <input type="checkbox"/> Dispositivo Protésico | <input type="checkbox"/> Scooter                |
| <input type="checkbox"/> Tablero de imágenes       | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco         | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil          | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio    | <input type="checkbox"/> Muletas                |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica | <input type="checkbox"/> Tabla Alfabética      | <input type="checkbox"/> Andador                |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____               |  |   |



### Información de Referencia (si corresponde)

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

¿Es esta la persona a quien contactar si se necesita información adicional?  Sí  No

### Información Historial

¿Tiene alguna preocupación que pudiera interferir con la capacitación individualizada?

No  Sí (explique)  Algunas Veces (explique)  No Sé (explique)

---

---

---

¿Cuál es su actual medio de transporte? Por favor describe:

---

---

¿Habría información adicional necesaria para que la capacitación de viajes sea una experiencia positiva?

No  Sí - Si su respuesta es "Sí", explique por qué:

---

---

---

## Destinos

### Destino 1

Dirección de Inicio/Destino: \_\_\_\_\_

Dirección de Destino Final: \_\_\_\_\_

¿Necesitas llegar a una hora específica?  No  Sí - Horario: \_\_\_\_\_

Días disponibles:  lunes  martes  miercoles  jueves  viernes

¿Necesita ser entrenado por una fecha específica?

No  Sí - Fecha: \_\_\_\_\_

### Destino 2

Dirección de Inicio/Destino: \_\_\_\_\_

Dirección de Destino Final: \_\_\_\_\_

¿Necesitas llegar a una hora específica?  No  Sí - Horario: \_\_\_\_\_

Días disponibles:  lunes  martes  miercoles  jueves  viernes

¿Necesita ser entrenado por una fecha específica?

No  Sí - Fecha: \_\_\_\_\_

---

Firma del Aplicante

---

Fecha