



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA “A CITAS” Y PARATRANSITOS

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

Este documento incluye información y formularios que se necesitan para solicitar elegibilidad para el servicio “A Citas” y Paratrásitos. Como parte de los requisitos de la Ley de Americanos con Impedimento por sus siglas (ADA), el servicio “A Citas” y Paratrásitos se provee por todos los sistemas de transportación públicos. Este tipo de servicio se limita a personas quiénes no pueden usar sin ayuda los sistemas de transporte público de rutas fijas de vez en cuando o siempre, debido a una incapacidad o condición de salud relacionada. Para usar el servicio “A Citas” y Paratrásitos, usted tiene que ser certificado como elegible. Esta elegibilidad se determina caso a caso. Para solicitar elegibilidad, usted tiene que llenar por completo el formulario adjunto. Evaluaremos su habilidad para usar transportación pública accesible. Después de estudiar su solicitud, es posible que necesitemos más información. Por ejemplo, es posible que necesitemos:

- Comunicarnos con usted por teléfono.
- Hacer una cita para entrevistarle personalmente o hacer una evaluación de su habilidad funcional.
- Consultar con su médico, profesional de salud u otro especialista sobre su condición y habilidades.

Si usted necesitara asistencia llame al **787-715-5721**. Después que se ha recibido su solicitud, será procesada dentro de 21 días laborables. La solicitud tiene que ser debidamente completada. Si se exige, usted debe estar disponible para una segunda evaluación. La segunda evaluación puede incluir una entrevista telefónica, verificación médica o entrevista personal. La entrevista personal puede incluir una prueba de función para determinar su habilidad de viajar en la transportación pública, así como la capacidad de caminar a una parada de autobús, leer letreros, etc. Usted recibirá un aviso escrito de la determinación de su elegibilidad por correo.



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

Si usted ha sido certificado como elegible, podrá para viajar dentro de la zona de servicio. Si usted no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, tiene el derecho de apelar. Información sobre como apelar será incluida junto con su aviso de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad toma más de 21 días laborables, usted puede recibir elegibilidad que le permite usar el servicio “A Citas” y Paratránsitos hasta que se logre una determinación final. Esto no aplica si, por falta de acción de su parte, nosotros no podemos completar el procesamiento de su solicitud.

INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

1. Favor de escribir en letra de molde o respuestas completas a todas las preguntas en la solicitud. Sus respuestas y explicaciones detalladas nos ayudarán a hacer una determinación apropiada. Asegúrese de responder a **TODAS** las preguntas, de lo contrario su solicitud será considerada incompleta y no será procesada. Se devolverán todas las solicitudes incompletas.
2. No se requiere incluir información o páginas adicionales. No obstante, tal vez querrá enviar otros documentos que piensa nos ayudarán a entender sus limitaciones. Toda información que se nos provee permanecerá confidencial.
3. Usted tiene que proveer **FIRMAS** en dos lugares para completar la solicitud.
 - Certificación del solicitante (página 12 y 13)
 - Autorización para dispensar información por un profesional médico o de rehabilitación (página 14).



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

PARTE 1: *Información General*

Nombre _____ Inicial _____
Apellidos _____ Sexo: ___ M ___ F

Dirección Residencial: _____

Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Dirección Postal (Si es distinta a residencial): _____:

Apt. #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ TDD/TTY

Otro Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes: _____ Año: _____

¿Necesita esta solicitud y la información escrita futura en un formato accesible a personas

Impedidas? Si _____ No _____ (Si la respuesta es "Sí" ¿qué formato prefiere?) Disco _____

Audio _____ Cinta _____ Braille _____ Letra Grande _____ Otro _____

Si recibió asistencia para llenar esta forma, favor de indicar quién:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

Favor de indicar si esta persona puede ser directamente contactado en caso de requerir información adicional. _____ Si _____ No

Favor de proporcionar el nombre y teléfono de algún amigo o pariente con quien comunicarnos si no le podemos localizar a usted en su teléfono regular:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono Diurno: _____ Teléfono Nocturno: _____



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

PARTE 2: *Favor de contestar detalladamente las siguientes preguntas—Sus respuestas específicas nos ayudarán a determinar los derechos que le correspondan.*

1. ¿En qué consiste su incapacidad o condición de salud que le impide o la limita a utilizar el servicio de ruta regular?

a) Explique cómo es que su impedimento o condición de salud le impide utilizar de manera independiente el servicio de ruta fija _____

b) Las condiciones descritas arriba son: ¿permanentes _____ o temporeras _____? Si son temporeras, ¿cuánto tiempo estima que durará esta condición? _____.

2. ¿Cómo se transporta actualmente a sus destinos más frecuentes? Marque todas las que correspondan. Vehículo Propio ___ Autobuses AMA ___ Carros/Guaguas Públicos ___ Alguien me lleva ___ Yo conduzco _____ “A Citas” y Paratránsitos _____ Taxi _____ Otro: _____.

3. ¿Varían sus condiciones de salud o impedimento de un día para otro de manera que afecte su capacidad para utilizar los autobuses de ruta regular? _____ Sí, a veces mejoran, _____ a veces empeoran. _____ No, no varían. _____ No lo sé. Si la respuesta es “Sí” o “No lo sé” explique porqué:

_____.

Para las preguntas 4 a 12, favor de indicar si usted puede realizar en forma independiente las siguientes funciones. TODAS las respuestas que indiquen “No”, o “A Veces”, deben explicarse e incluir la evidencia médica en apoyo a la contestación. Si no lo hace se considerará que la solicitud está incompleta.

4. ¿Entiende usted las direcciones necesarias para coordinar y realizar un viaje? (Esto no se refiere a no entender el idioma español.) _____ Sí _____ No _____ A Veces Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

5. ¿Puede usted identificar la parada de transporte público correcta?
___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces**, Si respondió “**No**” o “**A Veces**” explique por qué:

6. ¿Puede usted identificar el vehículo de transporte público correcto?
___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces**, Si respondió “**No**” o “**A Veces**” explique porqué:

7. ¿Puede usted llegar hasta y desde la parada de transporte público más cercana?
___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces**, Si respondió “**No**” o “**A Veces**” explique porqué:

Anote cuántas cuadras, calles o avenidas puede recorrer en forma independiente:

_____.

8. ¿Puede usted esperar al menos 15 minutos en una parada de autobuses?
___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces**, Si respondió “**No**” o “**A Veces**” explique porqué:

_____. ¿Podría esperar más de 15 minutos?

___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces**, Si respondió “**Sí**,” ¿Cuánto tiempo?

(minutos): _____ ¿Podría esperar si hubiese un lugar para sentarse o una caseta de descanso? ___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces**

9. ¿Puede usted subir o bajar de un autobús sin que le ayuden? ___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces**, Si respondió “**No**” o “**A Veces**” explique porqué:

10. ¿Puede usted subir o bajar de un autobús si cuenta con una rampa de ascenso o si el frente del autobús es más bajo? ___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces** ___ **No sé**, nunca lo he intentado. Si respondió “**No**” o “**A Veces**” explique porqué:

11. ¿Puede usted sujetar las manijas o pasamanos, monedas o boletos al abordar o descender de un autobús? ___ **Sí** ___ **No** ___ **A Veces** ___ **No sé**, nunca lo he intentado. Si respondió “**No**” o “**A Veces**” explique porqué:



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

12. ¿Puede usted mantener el equilibrio y tolerar el movimiento del autobús al estar sentado? Sí No A Veces No sé, nunca lo he intentado. Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

13. ¿Alguna vez ha recibido adiestramiento o instrucciones para aprender cómo utilizar el autobús de transporte público? Sí No A Veces No sé, nunca lo he intentado. Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

14. ¿Está equipado con acceso para discapacitados el transporte público que usted requiere? Sí No A Veces No sé, nunca lo he intentado. Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

15. ¿Utiliza usted cualquiera de los siguientes equipos de movilidad, auxiliares de movimiento o equipo especializado? Marque todos los que correspondan.

Silla de Ruedas Manual

Prótesis

Bastón

Identificación Personal

Muletas

Tabla de Comunicación

Silla Eléctrica

Aparato Ortopédico

Bastón Blanco

Tarjetas para Memoria

Andador

Aparato de Respiración (Oxígeno Portátil O2)

Scooter/Motoneta

Perro para Invidente / Animal de Servicio

otros: _____

***Dimensiones de Silla de Ruedas/Motoneta Largo Ancho (Favor de proporcionar el largo y ancho 2 pulgadas arriba del suelo incluyendo los descansos para pies. Estas dimensiones son necesarias para cumplir con los requisitos de implementación de la Ley de Americanos Discapacitados (ADA)*)**

16. ¿Le acompaña un Asistente de Cuidado Personal (PCA) y/o un animal de servicio cuando sale usted de su hogar? Nota: Un “PCA” es una persona certificada para asistir a una persona discapacitada en sus necesidades personales y/o facilitar la travesía durante



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

algún viaje específico. (Ej. Médico, enfermera.) Un animal de servicio esta adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota. **Sí** **No** **A Veces**

Si respondió “**Sí**” o “**A Veces**” favor de proporcionar el nombre del **PCA** y/o el tipo de animal de servicio:

17. ¿Utiliza actualmente servicios de paratransito? (Favor de seleccionar una opción):

Sí **No** **A Veces** **No sé**, nunca lo he intentado. ¿Si respondió “**Sí**” o “**A Veces**”, ¿cuándo utiliza el servicio de paratransito? _____

Favor de proporcionar el nombre del proveedor del servicio de paratransito:

PARTE 3. Firma:

Favor de llenar el Recuadro A Menos de que usted sea Menor de Edad o tenga un Tutor Legal, en cuyo caso el Padre o Tutor Legal debe llenar el Recuadro B.

A. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el incluir información falsa puede tener como consecuencia la negación del servicio. Entiendo que toda la información es estrictamente confidencial, y que solamente se revelará la información necesaria para brindar los servicios a quienes presten dichos servicios. Entiendo que podría ser necesario contactar a algún profesional familiarizado con mi capacidad funcional para usar el transporte público, a fin de asistir durante la determinación de la elegibilidad.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

B. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el Solicitante tiene derecho a utilizar los Servicios “A Citas” y Paratransitos conforme a la Ley ADA. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el incluir información falsa puede tener como consecuencia la negación del servicio, así como sanciones conforme a la ley.



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

Convengo, además, en notificar al programa “A Citas” y Paratrásitos si el Solicitante ya no necesitara los Servicios “A Citas” y Paratrásitos conforme a la Ley ADA. Doy mi consentimiento para la entrevista con el solicitante y la evaluación funcional de su capacidad para viajar y las limitaciones que determinen la elegibilidad para los derechos de los programas “A Citas” y Paratrásitos que correspondan conforme a la Ley ADA. Me doy por enterado que puedo estar presente durante la entrevista y cualquier evaluación funcional, y declaro que:

(Seleccione uno de los siguientes)

_____ **Estaré presente** _____ **Designo a** _____ para que esté presente en mi representación, o _____ **Renuncio a mi derecho a estar presente y no designo a** otra persona para que me represente.

Firma del Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____

AUTORIZACIÓN PARA EXAMINAR Y/O ENTREGAR REGISTROS MÉDICOS (Debe ser llenada por el Solicitante)

La verificación del impedimento por un profesional acreditado no garantiza la elegibilidad para el derecho de servicios de transporte “A Citas” y Paratrásitos, pero sí puede representar un importante papel en el proceso de determinación de dichos derechos. Por tanto, es importante que un profesional acreditado verifique la incapacidad/ impedimento del individuo, así como la imposibilidad del solicitante para viajar en el sistema regular de transportación colectiva. Por consiguiente, yo, _____, mayor de edad, y vecino de _____, Puerto Rico, autorizo al programa “A Citas” y Paratrásitos del Municipio de San Lorenzo o a cualquier persona a quien encuentre a bien designar, examinar y/o reproducir todos y cada uno de la información médica que acredita mi incapacidad para utilizar el servicio de ruta fija que ofrece el Sistema de Transportación Samaritano (**STS**). Específicamente autorizo a que se examinen y reproduzcan, sin considerarse como una limitación lo siguiente:



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

- 1) Todos y cada uno de los documentos relacionados a mi condición física y emocional pasada y presente.
- 2) Todos y cada uno de los documentos que contengan un diagnóstico de mi condición física y emocional.
- 3) Todos y cada uno de los documentos que contengan los tratamientos de mi condición física y emocional.
- 4) Todos y cada uno de los documentos relacionados a mis gastos médicos.
- 5) Todos y cada uno de los documentos relacionados a cualquier examen físico y psicológico que se me haya suministrado, incluyendo cualquier resultado preliminar y/o final de cada examen.
- 6) Todos y cada uno de los documentos sometidos por cualquier médico que me hubiera dado tratamiento.

Entiendo que la información que autorizo sea examinada y reproducida al Departamento de Transportación Samaritana o cualquiera de sus agentes, deja de ser información confidencial y privilegiada bajo el Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (**HIPAA**) o al amparo de cualquier Ley Federal o de Puerto Rico y que la misma puede ser a su vez diseminada a las personas que sean necesarias para cualquier fin relacionado a los propósitos de la presente autorización. De igual forma, relevo al Departamento de Transportación Samaritana del Municipio de San Lorenzo, sus agentes y empleados, de toda responsabilidad relacionada a la divulgación de la información médica. Reconozco que tengo derecho a revocar la presente Autorización, siempre y cuando lo haga por escrito y notifique por correo certificado a la siguiente dirección: Apartado 195349, San Juan, PR, 00919-5349.

Reconozco, además, que la revocación no será efectiva sino hasta la fecha en que el programa "A Citas" y Paratránsitos reciba la misma por correo. La revocación tendrá únicamente efecto prospectivo, por lo que no tendrá el efecto de invalidar cualquier uso realizado por el Programa antes del día en que sea efectiva la revocación. Reconozco, además, que tengo derecho a recibir una copia de la presente autorización cuando así lo solicite.

Copia de la presente autorización será tan válida como la original.

En San Lorenzo, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de 20____.



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

Profesionales Acreditados

Nota: Sólo los siguientes profesionistas acreditados están autorizados a verificar su incapacidad/impedimento: Trabajadores Sociales Clínicos, Especialista Independiente de Vida, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatras, Médicos Acreditados, Terapeuta Físico (PT), Asesor de Rehabilitación Certificado (CRC), Especialista de Orientación y Movilidad (O&M), Especialista en Audición, Oftalmólogo, Psicólogo y Enfermeras Certificadas.

Nombre del Profesional: _____ Título: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____

Estado _____ Código Postal: _____ Teléfono de Oficina: _____

Nombre del Solicitante (use letra de molde): _____

Firma del Solicitante (es necesaria): _____ Fecha _____

Solicitante DETÉNGASE Aquí: ¡Un Profesional acreditado debe llenar las siguientes páginas!

PARTE 4: VERIFICACIÓN DE INCAPACIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS DE TRANSPORTACION EN LOS PROGRAMAS "A CITAS" Y PARATRANSITOS Esta Sección Debe Ser Llenada por un PROFESIONAL ACREDITADO. Favor de Usar Letra de Molde.

Estimado Profesional:

La persona que le hace entrega de este folleto ha indicado que usted puede proporcionar información relativa a su incapacidad/impedimento y el impacto de esta en su habilidad para utilizar los servicios de transportación pública. La Ley de Americanos con Impedimento de 1990 (ADA) requiere al Programa "A Citas" y Paratrásitos del Municipio de San Lorenzo a ofrecer transportación de respuesta a la demanda a las personas quienes, debido a su incapacidad, no pueden utilizar el sistema regular de autobuses. La Ley de Americanos con Impedimento establece tres categorías como sigue:



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

1. **Elegibles sin restricción**- Las personas que no pueden usar el servicio de ruta fija.
2. **Elegibles condicionales**- Las personas que pueden utilizar el servicio de ruta fija en ciertas circunstancias.
3. **Elegibles Temporeros**- Aquellos que padecen alguna condición temporera como lo son los accidentes, operaciones y algunas enfermedades, que pueden o no utilizar el servicio de ruta fija.

La información que usted proporcione, conforme a la autorización de la página 10 del presente folleto, nos permitirá realizar una evaluación adecuada de esta solicitud y su aplicabilidad a las peticiones de viajes específicos. La verificación de impedimento es obligatoria para todos los solicitantes del servicio de transporte que da respuesta a la demanda. Todo profesional que verifique el impedimento de un individuo debe contar con conocimientos detallados de primera mano del impedimento de dicha persona, así como también la capacitación y credenciales necesarias para dicha evaluación.

Gracias por su colaboración.

1. **Favor de describir su estatus profesional** (Médico Certificado, Terapeuta Físico, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, etc.), número de licencia y sus métodos para evaluar el impedimento del solicitante.

2. **Favor de describir las condiciones actuales que incapacitan al solicitante.**

3. **¿Es temporal la condición o incapacidad del solicitante?** _____ Sí _____ No si es Sí, para cuando se espera la recuperación / ____ / (meses)
4. **¿Ha recibido el solicitante algún adiestramiento/capacitación para aprender a usar el sistema regular de autobuses?** _____ Sí _____ No _____ No Sabe



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

El adiestramiento o capacitación fue proporcionado por: _____

(Nombre de la Agencia/ Institución)

I. Incapacidad Física

1. ¿Qué tan lejos puede desplazarse el solicitante sin la ayuda de otra persona, con o sin algún equipo auxiliar del movimiento?

____ Más de 200 ft. ____ Menos de 200 ft. ____ Dos Cuadras ____ $\frac{1}{4}$ de Milla (3 cuadras)

____ $\frac{1}{2}$ Milla (6 cuadras) ____ $\frac{3}{4}$ de Milla (9 cuadras) ____ Más de $\frac{3}{4}$ de Milla ____ Otro

2. ¿Puede el solicitante subir tres escalones de 12 pulgadas, usando pasamanos sin la asistencia de otra persona? ____ Sí ____ No ____ A Veces

3. ¿Puede el solicitante esperar afuera solo, sin apoyo o supervisión durante diez (10) minutos? ____ Sí ____ No ____ A Veces

4. ¿Requiere el solicitante ayuda especial y/o equipo auxiliar del movimiento? Explique:

_____.

5. ¿Su equipo de movilidad: ¿silla de ruedas manual o eléctrica, scooter u otro tipo de equipo pesa junto con el solicitante más de 600 lb? ____ Sí ____ No Explique:

_____.

6. ¿Puede el solicitante viajar en el autobús del servicio de ruta regular, con facilidades para silla de ruedas? Favor de describir:

_____.

7. Si el solicitante se cae ¿puede volver a levantarse sin ayuda? ____ Sí ____ No

____ A Veces Explique: _____

_____.



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

II. Discapacidad Visual

1. Si el solicitante sufre impedimento visual, favor de proporcionar su nivel de agudeza visual con la máxima corrección de anteojos:

Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos

Ojos _____ Campos Visuales: _____ Ojo

Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos

Ojos _____

III. Discapacidad Mental

1. ¿Puede el solicitante decir siempre su nombre, dirección, y teléfonos de casa y de emergencia cuando se le pregunta? _____ Sí _____ No Si es No Explique:

2. ¿Puede el solicitante reconocer alguna señal o particularidad de su destino o sitio especial? _____ Sí _____ No Si es No Explique:

3. ¿Puede el solicitante lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en su rutina? _____ Sí _____ No Si es No Explique:

4. ¿Puede el solicitante preguntar, entender y seguir direcciones? _____ Sí _____ No Si es No Explique:

5. ¿Puede el solicitante desplazarse en forma segura y efectiva a través de multitudes y/o edificios complejos? _____ Sí _____ No Si es No Explique:

6. ¿Puede el solicitante cruzar calles en forma segura sin ayuda? _____ Sí _____ No Si es No Explique:



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

IV. Otros Factores

(Esta información es necesaria para todos los solicitantes)

Favor de describir cualquier otra limitación (o limitaciones) funcional(es) relativas a viajar en autobús.

Favor de ser específico.

1. ¿Puede el solicitante leer y/o entender las señales, letreros y anuncios informativos?

_____ Sí _____ No Si es No Explique: _____

2. ¿Necesita el solicitante ir acompañado de un Asistente de Cuidado Personal (PCA) al viajar?

Nota: Un PCA es alguien que debidamente certificado para asistir a una persona impedida a realizar sus necesidades personales y/o facilitar el recorrido de un viaje específico. Un animal de servicio está adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota.

_____ Sí _____ No Si es No Explique: _____

3. Favor de identificar cualquier requerimiento especial del solicitante, particularmente la necesidad de viajar con un respirador o suministro portátil de oxígeno.

4. Favor de describir cualesquiera otros aspectos del impedimento del solicitante que pueda afectar el viajar.



MUNICIPIO DE SAN LORENZO

La información obtenida durante este proceso de certificación será utilizada únicamente por el Departamento de Transportación Samaritana del Municipio de San Lorenzo, para determinar la elegibilidad del solicitante recibir servicio de transportación “A Citas” y Paratrásitos (respuesta a la demanda, o “demand response”). Esta información será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito, salvo que sea autorizado por escrito por el solicitante.

Entiendo que la Verificación de Impedimento por un profesional acreditado no garantiza el reconocimiento de los derechos, pero juega un papel muy importante en el proceso de determinación de la elegibilidad a los derechos. Por lo tanto, hago constar que estoy familiarizado con la incapacidad específica del solicitante y con su capacidad o incapacidad para viajar en el sistema regular de autobuses del Sistema de Transportación Samaritano(STS).

Por tanto, por la presente autorizo al personal del programa “A Citas” y Paratrásitos a comunicarse conmigo o con miembros de mi oficina si es necesario, para completar el proceso de determinación de derecho, conforme a las disposiciones reglamentarias de implementación de la ADA (Vg. Partes 37 y 38 del Código Federal CFR). Asimismo, convengo en proporcionar cualquier evidencia o documentación que el servicio “A Citas” y Paratrásitos considere necesaria para la determinación final de los derechos para el goce de los servicios de transporte “A Citas” y Paratrásitos de respuesta a la demanda, o cualquier apelación subsiguiente. Hago constar que la información arriba presentada es correcta y conforme a la verdad. Entiendo además que las declaraciones y certificaciones falsas o fraudulentas son sancionables conforme a la Ley.

Firma _____ **Fecha:** _____

Nombre (use letra de molde) _____

Lic. Núm. _____ Agencia: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal: _____ Teléfono de Oficina: _____