

SOLICITUD PARA EL VIAJE COMPARTIDO
Residentes del Condado de Adams Solamente
PAGINA 2

La siguiente información no es requerida para que el Viaje compartido provea 85 % de su tarifa de viaje. Esta información es requerida por la Oficina de Envejecimiento del Condado De Adams Inc. con el propósito de recopilar información.

Por favor encierre la respuesta que mejor lo describa:

GRUPO ÉTNICO		
1.	NEGRO	
2.	HISPANO	
3.	INDIO AMERICANO/ NATIVO DE ALASKA	
4.	ASIÁTICO AMERICANO/ PACÍFICO ISLANDES	
5.	BLANCO	
SEXO		
MASCULINO		FEMENINO
INGRESO		
1. SUPERIOR AL NIVEL DE POBREZA		2. INFERIOR AL NIVEL DE POBREZA
<p>El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EU basa sus normas de pobreza en el ingreso anual de su hogar. Las cifras actuales son \$8,860 por una persona y \$11,940 por dos personas (adicione \$3,080 por cada persona adicional en el hogar).</p>		
¿ES USTED FRÁGIL O FUNCIONALMENTE INCAPACITADO?	SI	NO
¿TIENE UNA VIVIENDA ADECUADA?	SI	NO
¿VIVE USTED SOLO?	SI	NO

Autorizo la divulgación y/ o el recibo de la información necesaria para la satisfacción del servicio. Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta, en el mejor de mis conocimientos, información y creencia.

Firma _____ Fecha: _____