



Formulario de Admisión de Pasajeros del
Kendall Area Transit

Niño/s

Teléfono (877) 446-4528



Complete ambos lados de este formulario.

Información del Pasajero		
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Teléfono (para llamadas de recordatorio):	Segundo Número de Teléfono:	Correo Electrónico:
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal:		Condado: Fecha de Nacimiento
¿Le gustaría recibir una llamada recordatorio la noche anterior a su viaje? Sí No		En caso de un cierre, ¿cómo le gustaría que lo contactemos?
¿Le gustaría recibir una llamada "Cuando estemos en Camino"? Sí No		Mensaje Grabación de voz No, gracias
Información Demográfica		
Marque TODOS los que apliquen:		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro	Origen étnico: <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino Habla inglés limitado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Género: M / F Lenguaje primario: _____
Asistencia Especial Requerida		
Marque TODOS los que apliquen:		
<input type="checkbox"/> Ciego/a <input type="checkbox"/> Discapacidad Cognitiva <input type="checkbox"/> Sordo/a <input type="checkbox"/> Discapacidades del Desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva <input type="checkbox"/> Dispositivo de Movilidad <input type="checkbox"/> Oxígeno	<input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Animal de Servicio <input type="checkbox"/> Discapacidad del habla <input type="checkbox"/> Menor de ocho <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/scooter	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas extra grande <input type="checkbox"/> Silla eléctrica Anote cualquier problema de salud o alergia: _____ _____ _____ _____
Información de Contacto de los Padres (obligatorio si es menor de 18 años)		
Nombre completo: _____		Relación: _____
Numero de Teléfono: _____ Teléfono de Casa: _____		Teléfono de Trabajo: _____
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____		Correo Electrónico: _____
Nombre Completo: _____		Relación: _____
Numero de Teléfono: _____ Teléfono de Casa: _____		Teléfono de Trabajo: _____
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____		Correo Electrónico: _____
Información de Contacto en caso de Emergencia		
1. Nombre del Contacto de Emergencia: _____		Relación: _____
Teléfono: _____		Segundo Número de Teléfono: _____
2. Nombre del Contacto de Emergencia: _____		Relación: _____
Teléfono: _____		Segundo Número de Teléfono: _____
Para pasajeros menores de 18 años: indique una <u>palabra de seguridad</u> que será Requerida por CUALQUIER contacto que intente realizar un cambio de horario:		

Lugares de viaje recurrentes (es decir, médico, escuela, trabajo, otros)

Nombre del sitio 1: _____ Nombre completo del Contacto en el sitio: _____
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Motivo del viaje: _____
 Instrucciones especiales para encontrar la ubicación.: _____

Nombre del sitio 2: _____ Nombre completo del Contacto en el sitio: _____
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Motivo del viaje: _____
 Instrucciones especiales para encontrar la ubicación.: _____

Nombre del sitio 3: _____ Nombre completo del Contacto en el sitio: _____
 Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Motivo del viaje: _____
 Instrucciones especiales para encontrar la ubicación.: _____

Resume las necesidades y el cronograma de viaje (incluya los horarios de recolección y devolución, los días de la semana y la duración de la necesidad)

¿Cómo se entero de KAT?

Firma de pasajero/guardian legal: _____ Fecha: _____
 Nombre impreso: _____

Solo para uso interno de KAT

REOCCURRING SCHEDULE/ HORARIO RECURRENTE

Pickup (Lugar de Recolección)	Time (Hora)	Start Date (Fecha de Inicio)
_____	_____	_____
Destination (Destino)	Time (Hora)	
_____	_____	
<input type="checkbox"/> Sunday (Domingo)	<input type="checkbox"/> Monday (Lunes)	<input type="checkbox"/> Tuesday (Martes)
<input type="checkbox"/> Wednesday (Miércoles)	<input type="checkbox"/> Thursday (Jueves)	<input type="checkbox"/> Friday (Viernes)
<input type="checkbox"/> Saturday (Sábado)	<input type="checkbox"/> In Service Area (En servicio)	<input type="checkbox"/> Rural
<input type="checkbox"/> /Weekly (Semanal)	<input type="checkbox"/> Out of Service Area (Fuera del área de servicio)	<input type="checkbox"/> In County (en el condado)
<input type="checkbox"/> Bi-Weekly (Quincenal)		<input type="checkbox"/> Out of County (Fuera del condado)

_____ **Rider Master Entry** (entrada del encargado de pasajeros)
 _____ **Subscription Entered** (Suscripción ingresada)
 _____ **Scanned** (escaneada)
 _____ **Filed** (archivada)