

Cargar un TRF por cada sesión escolar

Oficina de Servicios para Niños con Necesidades Especiales
del Departamento de Salud del Condado de Nassau

****OBLIGATORIO****

Indique que las direcciones enumeradas
están en un callejón sin salida o calle
circular:
Domicilio legal []
Otra dirección: [] Recoger [] Dejar
Entrega de emergencia: [] #1 [] #2

() Original
() Modificación ___/___/___
() Rescind ___/___/___

**AUTOBÚS PREESCOLAR
FORMULARIO DE SOLICITUD DE
TRANSPORTE (TRF)**

Nombre del distrito escolar: _____

Sección I
Apellido legal del niño _____ Nombre _____ Inicial del 2. nombre. _____ Fecha de nac. ___/___/___ M ___ F ___

Dirección legal _____ Ciudad _____ Código postal _____

Padre/madre/tutor legal _____ Teléfono celular () _____ Otro Teléfono () _____

o Padre de cuidado temporal Nombre _____ Teléfono celular () _____ Otro Teléfono () _____

Nombre del cónyuge _____

Proveedor _____
Dirección: _____
Horarios de inicio: _____ Hora de finalización: _____ Fecha de inicio ___/___/___ Fecha de finalización ___/___/___

Sección II: Recorrido (El autobús recogerá y dejará al menor en la dirección legal indicada arriba, a menos que se indique un lugar diferente aquí abajo).

RECOIDA: [] Otra dirección Lu. Ma. Mi. Ju. Vi. [] Otra dirección Lu. Ma. Mi. Ju. Vi.
Marcar los días con un círculo Marcar los días con un círculo

**SEGÚN EL RECORRIDO O LA UBICACIÓN DE LA ESCUELA DEL PROVEEDOR,
LOS RECORRIDOS PUEDEN TENER UNA DURACIÓN DE 90 MINUTOS POR TRAMO.VÍA**

RECOGIDA (SI EL LUGAR ES DISTINTO A LA DIRECCIÓN LEGAL)	RECIBIMIENTO (SI EL LUGAR ES DISTINTO A LA DIRECCIÓN LEGAL)
Persona autorizada: _____	Persona autorizada: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Teléfono: _____ Tel. celular: _____	Teléfono: _____ Tel. celular: _____

Sección III: Otras personas autorizadas

PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECIBIR AL MENOR: (DEBERÁN MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN)

NOMBRE: _____	RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____	RELACIÓN: _____
NOMBRE: _____	RELACIÓN: _____

Sección IV: Adaptación del asiento y necesidades especiales* (Se debe marcar la opción "Sistema de sujeción" e indicar el peso del menor O la opción "Silla de ruedas"***)-**

Asiento: ***** [] Sistema de sujeción Peso del menor _____
Asiento: ***** [] Silla de ruedas _____ Manual _____ o Eléctrica _____ Silla adaptable _____ El autobús con elevador debe autorizarse en el IEP
[] Necesidades médicas u otras inquietudes: _____
[] El profesional de atención médica debe estar autorizado en el IEP del menor para poder acompañar al menor en el autobús.
Marcar solo una opción: () LPN () RN
*TODOS LOS DISPOSITIVOS DE MOVILIDAD DEBEN APROBARSE ANTES DE QUE SE PUEDA INICIAR EL TRANSPORTE.

Sección V: LUGAR DE RECIBIMIENTO DE EMERGENCIA LOCAL

(Se deben indicar dos lugares dentro del condado de Nassau cercanos a la escuela o a la casa).

LUGAR DE RECIBIMIENTO DE EMERGENCIA 1	LUGAR DE RECIBIMIENTO DE EMERGENCIA 2
Nombre: _____	Nombre: _____
Relación: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____ Condado de Nassau, NY Código postal: _____	Ciudad: _____ Condado de Nassau, NY Código postal: _____
Teléfono: _____ Tel. celular: _____	Teléfono: _____ Tel. celular: _____

Sección VI: Transporte a cargo del padre/de la madre:

[] Con reembolso [] Sin reembolso
Marcar con un círculo el tramo del que se encarga el padre, la madre o el tutor legal: De la casa a la escuela: Lu. Ma. Mi. Ju. Vi. De la escuela a la casa: Lu. Ma. Mi. Ju. Vi.

Sección VII: Firmas de autorización

Antes de firmar revise toda la información.
_____/_____/_____ y _____/_____/_____
FIRMA DEL REPRESENTANTE ESCOLAR FECHA FIRMA DEL PADRE, DE LA MADRE O DEL LEGAL/ PADRE O MADRE DE CUIDADO TEMPORAL TUTOR FECHA