( ) Original
( ) Modificación ___/____/___
( ) Rescisión ___/____/____

Oficina de Servicios para Niños con Necesidades Especiales
del Departamento de Salud del Condado de Nassau
AUTOBÚS PREESCOLAR
FORMULARIO DE SOLICITUD DE TRANSPORTE (TRF)

Cargar un TRF por cada sesión escolar

Nombre del distrito escolar: _____

Sección I

Apellido legal del menor _____ Nombre _____ Inicial del 2.º nombre __ Fecha de nac.____/____/___ M ___ F ___

Dirección legal _____ Ciudad _____ Código postal _____

Padre/madre/tutor legal _____ Tel. celular ( ) _____ Otro teléfono ( ) _____
o Padre/madre de crianza temporal Nombre
_____ Tel. celular ( ) _____ Otro teléfono ( ) _____
Nombre del cónyuge

Proveedor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Hora 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).

RECOGIDA: Otra dirección Lu. Ma. Mi. Ju. Vi. Otra dirección Lu. Ma. Mi. Ju. Vi.
Marcar los días con un circulo — 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.

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 TUTOR LEGAL/PADRE O MADRE DE CUIDADO TEMPORAL FECHA

TRF 04/2019 revisado