



TRANSITO MUNICIPAL DE MARSHALLTOWN

**CERTIFICACIÓN DE ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL**

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu discapacidad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Qué equipo de movilidad utilizas? \_\_\_\_\_

Certifico que necesito los servicios de un asistente de cuidado personal para hacer posible un viaje independiente. Un asistente de cuidado personal es alguien designado o empleado específicamente para ayudarme a realizar al menos una actividad diaria de forma regular.

Necesitaré un asistente de cuidado personal:

- Permanentemente
- Temporal
- Ocasionalmente

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo (Si fue completada por alguien más) \_\_\_\_\_