



## Home Care Service (Bathing) Registration Registracion de Cuidado Medico (Baño)

Name/ Nombre: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Home Address/ Dirección: \_\_\_\_\_

Home Phone Number/Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Cell Phone Number/ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

E-mail address/Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Requirements and Rules

- 65 years or older; and
- Disabled by the United States Social Security Administration or Doctor's note confirming physical condition; and
- Resident of Town of Medley.

### Requisitos y Reglas

- 65 años de edad o mayor; y
- Deshabilitado por el departamento de seguro social de los Estados Unidos o nota del médico confirmando su condición física; y
- Residente de la Ciudad de Medley.

The Town of Medley is a public entity that is subject to Florida's Public Records Act. As such, most written communications to or from Town officials regarding Town business, including this application, are public records, and are available to the public and media upon request unless the information requested is exempt or confidential under the law. If you believe any of the information provided in this application is exempt from disclosure under the Public Records Act, please indicate it by filling out the information requested below.

I, \_\_\_\_\_, qualify for an exemption under the Public Records Act because \_\_\_\_\_, and, as such, I am requesting that the following information be removed from public disclosure in accordance with Florida law: \_\_\_\_\_

La Ciudad de Medley es una entidad pública que está sujeta a la Ley de Registros Públicos (Public Records Act) de la Florida. Como tal, la mayoría de las comunicaciones escritas hacia o desde los funcionarios de la ciudad con respecto a los negocios de la ciudad, incluyendo esta aplicación, son registros públicos y están disponibles para el público y los medios a petición a menos que la información solicitada esté exenta o sea confidencial según la ley. Si usted cree que parte de la información provista en esta aplicación está exenta de divulgación bajo la Ley de Registros Públicos (Public Records Act), indíquelo completando la información solicitada a continuación.

Yo, \_\_\_\_\_ califico para una exención bajo la Ley de Registros Públicos (Public Records Act) porque \_\_\_\_\_ y, como tal, solicito que se elimine la siguiente información de la divulgación pública de acuerdo con la ley de Florida \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, certify that the information I have provided is accurate. I understand that all information will be verified and if it is found that I have knowingly provided false information, all Town of Medley services and privileges will be revoked indefinitely for the entire household.

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que la información que yo he proveído es correcta. Yo entiendo que toda la información será verificada y si se encuentra que yo he dado información falsa, todos los servicios y privilegios proveídos por la Ciudad de Medley serán revocados infinitamente para todas las personas en ese hogar.

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Homecare Bathing Registration: \_\_\_\_\_

Residency Verification: \_\_\_\_\_

Medical Documentation: \_\_\_\_\_

Processed by & Date: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_