



1230 Roosevelt Avenue York, PA 17404

Querido pasajero del MATP,

Abasado en los Instruciones requierimiento que goviena el programa de transportacion para asistencia medica, rabbittransit tiene obligacion de identificar una manera de costo menor de transportacion segun sus necesidades. Usted hacido identificado como residencia cerca de una ruta fija. Eso quiere decir que tendias que usar el servicio de bus del ruta fija, para todos los viajes localizado en esta misma ruta.

Si no estes psycialmente o mentalmente capaz de usar el servicio del bus con ruta fija porfavor use la oja de verificacion de curb-to-curb para avisarnos. La oja de verificacion de curb to curb tiene que ser llenado por doctor/medico y/o profesional de salud mental y mandar de regreso a rabbittransit. Si rabbittransit no los recibe serias cambiada a programa de reembolsamiento de la ruta fija.

Si usted ya hacido determinado a usar la ruta fija como modo de transportacion, esto seria lo mesmo hasta que puedes provear la verificacion de su medico. Si tienes algun pregunta o asunto, porfavor llama a rabbittransit al 717-846-7433.

Gracias

Formulario de calificacion Para Transportacion en Asistencia Medica

Seccion I—Informacion de Identidad de casa

Nombre (Apellido, Primero, Segundo)			Fecha de Nacimiento	#de Seguro Social - - - - -
Ciudad	Estado	Codigo Postal	Condado de residencia	# de Telfono

Seccion II—Verificacion/re verificacion de Calificacion Para Asistencia Medica

Informacion del# del tarjeta de Access tarjeta de _____ Access #de recipiente/destinario _____ & # de Carta _____	Tienes Transportacion Para Luarges Que No es Medical SI NO Explica:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

Necesidad Especiales/Disabilidad

Especiales Disabilidad: ___Methadone ___Dialais ___ STAP : _____
 ___Servicios escolares ___Otro _____

Seccion III-Afirmacion de Informacion

**** Yo certifico que, en lo mejor de mi concimiento aqui es la verda, correcto, y completo. Estoy de recuerdo, reportar qual quier cambio en circunstancias imediamente al proveedor a este servicio. Entiendo que el documentacion de todos factores de calificacion sea requerido para determinar calificacion correctamente o para razones de audito y sabiendo que doy informacion falsa es una ofensa criminal. Entiendo que tengo derecho de pedir un caso al Dept. de welfare publico. Esta afirmacion cubre todos los documentos necesario para determinacion de calificacion.**

**** Yo estoy autorizando, en el evento que el proveedor del servicio necesita verificar informacion de mis viajes al proveedor medical a cual estoy viajando. En orden para cumplir con regulacions de Dept. del Welfare publico, tienes mi permission para harcerlo. Este informacion seria solamente del proveedor del servicio y sus agentco en confidencia estricta y no seria compartido con ningun otro agencia, con excepcion del professional de cual estamos recibiendo informacion.**

Firma:	Fecha Firmado:
---------------	-----------------------

Section IV: *****FOR OFFICE USE ONLY*****

EVS ELIGIBLTY INFORMATION COMPLETED BY: _____	DATE OF SERVICE				
	HEALTH CARE BENEFIT CODE				
	PROGRAM STATUS CODE				
	CATEGORY OF ASSISTANCE				
	PLAN NAME				
	HOTLINE NUMBER				
	LOCK IN INFO				

OTHER ELIGIBLE HOUSEHOLD MEMBERS

NAME	RECIPIENT NUMBER	SSN	STATUS	DOB	GRP	MODE	FREQ WK-MO	SPEC. NEEDS

MODE KEY: P=PUBLIC TRANSIT S= SHARED RIDE A=PRIVATE AUTO V=VOLUNTEER O=OTHER (See Svc. Notes)

OTHER FUNDING SOURCE PENNDOT 203 DEPT OF AGING OTHER (EXPLAIN)

SPECIAL NEEDS

MODE

OTHER INFORMATION SERVICE NOTES

MATP FUNDING STATUSGROUP 1 GROUP 2 (D-00, D-05, B-00, PD-00, PD-21, PD-22, PD-29, TD-00, TD-11, TB-00)

SECTION V– ELIGIBILITY DETERMINATION DECISION

ELIGIBILITY STATUS ELIGIBLE INELIGI- DATE CLIENT NOTIFIED DATE ELIGIBILITY DETERMINED

INELIGIBLE (EXPLAIN):

STAFF SIGNATURE: _____ DATE: _____



Verificacion del Doctor para servicio de curb to curb:

Estamos pidiendo informacion acerca de su abilidad de usar la systema de rabbittransit, MATP require rabbittransit provea el modo mas minimo de costo de servicio al individual. El informacion que usted provea nos permita a evaluar mejor su pedido y provea un nivel se servicio apropiado. Gracias por su cooperacion en este asunto.

Porfavor Notar: Esta permita a rabbittransit assitir a los con discapilidades que preventan usar transportacion publico normal, no personas que sienten incomodo o dificil llegar a/del parada del bus.

Fecha: _____

Nombre: _____

Direccion: _____

- Esta persona numbrado, puede usar un bus de la ciudad para via jar? Si _____ No _____
Porque? _____
- Cual es la discapilidad que preventa esta persona usa la routa de fixed fare de rabbittransit?

- Esta discapilidad sera mas de 12 meses? Si _____ No _____
Si no, porfavor dar un explicacion de cuanto va a durar su discapilidad

- En su opinion, cuantas cuadras puede caminar? _____
- Esta persona necesita un acompanero para viajar? Si _____ No _____
Si necesita, avisa como esta acompanero asiste a esta persona

Firmar del medico _____

Nombre del medico _____

Direcion del medico _____

Numero de telefono del medico _____ Fax # _____

Porfavor mande de correo o fax a:

rabbittransit
1230 Roosevelt Avenue
York, PA 17404