



Transportación Rural para Personas con Discapacidad

1. Servicio de transportación con tarifa reducida puede ser disponible para usted si eres:
 - a. Una persona con una discapacidad y
 - b. Eres menor de 65 años y
 - c. Vives en un condado que participa en el Programa de Transportación Rural para personas con discapacidad y
 - d. Necesitas transportación en un área que no es actualmente servida por el servicio de autobús de ruta fija y el Servicio Complementario de ADA Paratransit.

2. Si deseas participar en este proyecto, por favor complete esta solicitud y envíe una copia de los documentos nombrados en la Parte 2.



3. Una vez que su aplicación haya sido recibida y revisada será notificado de su elegibilidad para participar.
4. Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, esta solicitud o necesita esta solicitud en un formato diferente por favor llama al:
Departamento de Plan de Movilidad
(717) 849-0703 o 1-800-632-9063

NOTA: La información provista acerca de su discapacidad en esta aplicación, será utilizada para determinar su elegibilidad para los servicios de transportación reducida bajo el programa de Transportación Rural para Personas con Discapacidad.

Otra información dentro de esta solicitud será utilizada para recopilación de datos, para determinar su elegibilidad para programas de transportación adicionales, y para proveerle un tipo de servicio apropiado.

Esta información será mantenida confidencialmente y será utilizada solo por los profesionales encargados en evaluar su elegibilidad y analizar el proyecto para recomendaciones futuras.

*** POR FAVOR LETRA DE IMPRENTA ***

PARTE 1: GENERAL

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Dirección (Calle & Numero): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Hogar (____) _____ Trabajo (____) _____

Correo electrónico: _____ Condado de Residencia: _____

Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Usted tiene una discapacidad de acuerdo con el Acto de Estadounidenses con Discapacidad (ADA)?

SI _____ NO _____

Definición de Discapacidad de ADA:

La ADA define a una persona discapacitada como aquella persona que tiene una discapacidad física o mental que limita considerablemente una o más de las principales actividades vitales, una persona que tiene un historial o antecedentes de una discapacidad tal, o una persona que es percibida por otros como alguien que tiene una discapacidad tal.

“Principales actividades vitales” significa funciones como cuidarse uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, aprender y trabajar

PARTE 2: VERIFICACION ESCRITA

Una verificación escrita por una organización reconocida o un individuo cualificado indicando su discapacidad es requerida para participar en el Programa de Transportación Rural para Personas con discapacidades.

Necesitas enviar una verificación de una de las organizaciones mencionadas abajo.
Por favor marca cual verificación estas enviando.

_____ Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)

_____ Seguro de Seguro Social (SSI) and Seguro de Discapacidad (SSDI)

_____ Oficina de la Ceguera y Servicios Visuales.

_____ Centro de Vida Independiente (CIL)

_____ Programa de Salud Mental/ Retardación Mental (MH-MR)

_____ Unidad de Parálisis Cerebral (UCP)

_____ Terapeuta Físico/Ocupacional Registrado

_____ Medico

_____ Enfermera Registrada

_____ Programa de Asistente de Cuidados de PA

_____ Programa de Servicios a la Comunidad para Personas con Discapacidades Físicas

_____ Otra _____

PARTE 3: INFORMACION PARA SERVIRTE MEJOR

1. ¿Su discapacidad es permanente? SI _____ NO _____

La definición estándar de una discapacidad permanente es una que dura 12 meses o más.

2. Si **NO**, ¿Cuanto espera que dure? _____

3. ¿Cual es la naturaleza de su discapacidad? (Marque las que apliquen)

_____ **Discapacidad Mobiliaria** (marque todas las que apliquen)

_____ Silla de ruedas manual

_____ Muletas

_____ Silla de ruedas eléctrica

_____ Patinete Automático

_____ Andador

_____ Bastón

_____ **Discapacidad Visual**

_____ **Discapacidad Auditiva**

_____ **Discapacidad Cognitiva**

_____ **Discapacidad Mental**

_____ **Otra** (por favor especifique): _____

4. ¿Usted requiere los servicios de un asistente personal o un escolta cuando viaja? (Alguien necesario para asistirlo durante su viaje, en el origen o al destino)

SI _____ NO _____ A VECES _____

Describa cuando necesita asistencia: _____

PARTE 4. Contacto de Emergencia (opcional)

Nombre: _____

Relación: _____

Numero telefónico: _____

¿Desearía decirnos que podemos hacer para servirle mejor?

_____ *Si* _____ *NO*

Si su respuesta es SI, por favor explique: _____

PARTE 5: EVITANDO SERVICIOS DE TRANSPORTACION DUPLICADOS

Servicios de transportación proveídos bajo el programa de P.W.D. no son proveídos en reemplazo de otro programa que usted ya recibe.

1. ¿Recibes actualmente alguna otra transportación o alguno de sus costos de transportación son cubiertos por algún otro programa u organización (Escoja una)? SI _____ NO _____

_____ Programa de Transportación de viaje compartido para envejecientes

_____ Agencia del Área para personas de la Tercera Edad

_____ Programa de Transportación de Asistencia Médica

_____ Servicio Complementario de estadounidenses con Discapacidad Paratransit

_____ Salud Mental/Retardación Mental (MH/MR)

_____ Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)

_____ Grupo Hogar en donde vives

_____ OTRA _____

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

PARTE 6. Información relacionada con su ingreso y con su casa

Si usted NO esta registrado con el Programa de Asistencia Medica (MATP), usted puede cualificar, este programa podría pagar por el costo de sus citas medicas si son elegibles.

Por favor lea la tabla que esta a continuación y complete lo siguiente. Si usted cualifica nosotros lo contactaremos con mas información.

_____ Ya estoy registrado con MATP

_____ He leído la tabla y creo que cualifico para MATP

_____ He leído la tabla y NO CREO que cualifico para MATP

UNITED STATES DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS 2011 Directrices de Pobreza

Numero de Miembros en la familia	Pobreza 100%	Pobreza 125%	Pobreza 150%	Pobreza 200%	Pobreza 250%
1	\$10,890	\$13,613	\$16,335	\$21,780	\$27,225
2	\$14,710	\$18,388	\$22,065	\$29,420	\$36,775
3	\$ 18,530	\$23,163	\$27,795	\$37,060	\$46,325
4	\$ 22,350	\$27,938	\$33,525	\$44,700	\$55,875
5	\$26,170	\$32,713	\$39,255	\$52,340	\$65,425
6	\$29,990	\$37,488	\$44,985	\$59,980	\$74,975
7	\$ 33,810	\$42,263	\$50,715	\$67,620	\$84,525
8	\$ 37,630	\$47,038	\$56,445	\$75,260	\$94,075
Para las unidades de familia con miembros o más añada los siguientes números por cada miembro adicional.	\$ 3,820	\$4,775	\$5,730	\$7,640	\$9,550

Firma del Solicitante _____ Fecha _____