



Solicitud de servicios de transporte

(Servicios para veteranos, personas con discapacidades (PwD), ADA, viaje compartido para personas mayores de 65 años, tarifa completa pública)

1. Los servicios de transporte pueden estar disponibles a una tarifa reducida, si usted cumple con cualquiera de los siguientes criterios:
 - Sirvió en las fuerzas armadas
 - Recibe actualmente asistencia médica a través del Departamento de Servicios Humanos
 - Es una persona con una discapacidad de 18 a 64 años
 - Es una persona que vive a lo largo de una ruta fija, pero debido a una discapacidad no puede acceder a ella
 - Tiene más de 65 años
2. Si desea presentar una solicitud, rellene el formulario de servicios de transporte y envíelo con una copia de cualquiera de los documentos que comprueben su situación a la siguiente dirección.



901 N Cameron Street
Harrisburg, PA 17101

3. Las solicitudes se tramitan en el orden en que se reciben.
4. Para los clientes de ADA, si no hemos procesado su solicitud dentro de los 21 días posteriores de haberla recibido, se dará por hecho su elegibilidad hasta que podamos tomar una determinación de final.
5. Si no presenta toda la información o los documentos necesarios, se retrasará el proceso.
6. Una vez procesado, un planificador de movilidad se pondrá en contacto con usted para notificarle su elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita esta solicitud en otro formato, llame al **Plan de movilidad al 1-800-632-9063**.

NOTA: La información proporcionada en esta solicitud con respecto a su estado de veterano, edad, discapacidad y condado de residencia se utilizará para determinar su elegibilidad para los servicios de transporte compartido bajo varios programas, incluidos los programas de Transporte Rural para Personas con Discapacidad y Viajes Compartidos para Personas Mayores

Otra información dentro del formulario se utilizará con fines de recopilación de datos, para determinar su elegibilidad para cualquier programa de transporte adicional y proporcionarle el servicio de referencia apropiado (MATP, ADA, MD/IDD). Esta información es confidencial y solo los profesionales involucrados en la evaluación de su elegibilidad la utilizarán.

Escriba con letra de molde la ID de Ecolane: _____

¿Cómo se enteró del sistema de paratransito de la CAT?	
Folleto del hospital/clínica	Vi un autobús
Amigo/miembro de la familia	Centro para personas mayores
Trabajador/a social	Publicidad: (¿En dónde?)
Cabina de información de CAT (Prime of Life, exposiciones, centro comercial)	Otro: (Especificar)

Datos generales / DE ELEGIBILIDAD			
Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	Edad:	
Domicilio actual:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Correo electrónico:
Teléfono del hogar:		Teléfono celular:	Condado:
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:	

VERIFICACIÓN DE EDAD: Envíe con esta solicitud una fotocopia legible de uno de los comprobantes de edad indicados. **Una tarjeta de Medicare no es un comprobante de edad válido.** Verifique el comprobante que adjuntará.

Documentos de baja/separación de las fuerzas armadas	Tarjeta de identificación de Pensilvania
Pasaporte/documentos de naturalización	Licencia de conducir con fotografía
Certificado bautismal	Certificado de nacimiento (nombre de soltera)
Tarjeta de identificación de PACE	Tarjeta de identificación de acceso universal para veteranos
Declaración de edad de la Oficina del Seguro Social de los EE. UU.	Tarjeta de extranjero residente

VERIFICACIÓN DE SERVICIO COMO VETERANOS: Envíe una fotocopia legible del comprobante de servicio como veterano con esta solicitud
Por favor, verifique qué verificación está adjuntando.

Documentos de baja/separación de las fuerzas armadas	Tarjeta de identificación de acceso universal para veteranos
DD-214	Licencia de conducir con designación de veterano

VERIFICACIÓN PROFESIONAL POR ESCRITO DE LA DISCAPACIDAD SOLO SI TIENE MENOS DE 65 AÑOS DE EDAD

Para ser elegible por una discapacidad, una persona calificada de una de las organizaciones enumeradas a continuación debe rellenar la Certificación de discapacidad en la que se indique que usted es una persona con una discapacidad y que **debe** participar en el Programa de transporte rural para personas con discapacidades y el programa ADA.

<i>Oficina de Rehabilitación Profesional (OVR)</i>	<i>Oficina de Ceguera y Servicios Visuales</i>	<i>Enfermera registrada</i>
<i>Seguro de Discapacidad (SSDI)</i>	<i>Parálisis Cerebral Unida</i>	<i>Programa de cuidado a domicilio de AP</i>
<i>Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidad física</i>	<i>Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional registrado</i>	
<i>Salud mental/discapacidad intelectual y del desarrollo (MH-IDD)</i>	<i>Centro para la Vida Independiente (CIL)</i>	<i>Otro _____</i>

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES

¿Cuál es su idioma principal?		
¿Tiene una tarjeta de asistencia médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene una discapacidad de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)? En caso afirmativo, adjunte el <i>Formulario de Certificación de Discapacidad</i>		
¿Tiene alguno de los siguientes dispositivos de movilidad?		
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Oxígeno	<input type="checkbox"/> Bastón
<input type="checkbox"/> Escúter motorizado	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada	<input type="checkbox"/> Caminador
<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Perro guía	Otro _____
¿Necesita los servicios de un asistente de cuidado personal o acompañante cuando viaja? (Alguien que necesita para ayudar durante el viaje o en el origen o destino) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces		

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN y CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Al firmar este documento, me comprometo a informar a este proveedor de servicios de cualquier cambio que se produzca en relación con mi derecho a recibir ayuda financiera. Entiendo que dar declaraciones falsas a sabiendas es un delito. La información será mantenida solo por el Proveedor de Servicios y sus agentes en la más estricta confidencialidad y no se compartirá con ninguna otra agencia, excepto con los profesionales de los que estamos recibiendo la información.

Firma de la persona que rellena este formulario

Fecha: _____

Asegúrese de incluir lo siguiente con su solicitud	<input type="checkbox"/> Comprobante de edad
	<input type="checkbox"/> Comprobante de estatus de veterano
	<input type="checkbox"/> Certificado de discapacidad (página 6)
	<input type="checkbox"/> Asegúrese de que su solicitud está firmada

Solicitantes veteranos: Si está solicitando solo servicios para veteranos, ¡la solicitud termina AQUÍ!

Todos los demás solicitantes: ¡Continúe con esta solicitud!

VIAJES ACTUALES		
¿Utiliza actualmente los servicios de autobús de ruta fija de CAT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces		
¿El clima afecta su capacidad para utilizar el servicio de autobús de ruta fija de CAT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, explique:		
Enumere sus destinos más frecuentes y cómo llega allí ahora		
Dirección de destino a donde va	¿Con qué frecuencia va allí?	¿Cómo llega ahí?
1.		
2.		

ENTORNO ALREDEDOR DE SU DOMICILIO
¿Cuántos escalones hay en la entrada que usa en su domicilio?
¿Puede llegar a un vehículo sin la ayuda de otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cómo describiría el terreno donde vive? <input type="checkbox"/> Empinado <input type="checkbox"/> Colina <input type="checkbox"/> Carril pavimentado <input type="checkbox"/> Carril no pavimentado
¿Hay aceras en su vecindario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA MOVILIDAD				
En cada una de las siguientes preguntas marque una respuesta. Sus respuestas deben basarse en: cómo se siente la mayor parte del tiempo, en circunstancias normales, el uso de su equipo de movilidad, y si puede realizar esta actividad de forma independiente.				
Sin la ayuda de otra persona, puede:				
¿Subir y bajar tres escalones si hay pasamanos en ambos lados?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Usar el teléfono para obtener información?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Cruzar la calle, si hay cortes en la acera?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Subir y bajar un elevador de silla de ruedas con pasamanos en ambos lados?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Encontrar el camino a la parada de autobús, si alguien le muestra el camino?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro

¿Viaja solo actualmente?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Esperar 10 minutos con buen tiempo al aire libre sin un lugar donde sentarse?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Subir y bajar de la acera?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Subir o bajar una colina gradual en la acera, con buen tiempo?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Recorrer 3 bloques de nivel, en la acera, cuando el clima es bueno?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
Si usted es capaz de hacer esto, ¿cuánto tiempo le toma?	<input type="checkbox"/> < 5 min	<input type="checkbox"/> 5 – 10 min	<input type="checkbox"/> > 10	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Alguna vez se ha perdido al viajar solo?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
Si el clima es bueno y no hay barreras en el camino, ¿qué es lo más lejos que puede caminar o viajar al aire libre en una acera nivelada, utilizando su ayuda para la movilidad? (Seleccione la casilla que más se acerque a su respuesta)				
<input type="checkbox"/> No puedo desplazarme solo	<input type="checkbox"/> Menos de 1 cuadra	<input type="checkbox"/> 3 cuadas	<input type="checkbox"/> 6 cuadas	
<input type="checkbox"/> A la acera frente a la casa	<input type="checkbox"/> 9 cuadas	<input type="checkbox"/> Más de 9 cuadas	Otro _____	
¿Alguna vez ha recibido capacitación para aprender a usar el autobús o desplazarse por la comunidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si respondió sí, ¿qué agencia o persona proporcionó la capacitación?			¿Cuándo recibió la capacitación?	
¿Realizó la capacitación con éxito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿por qué no?				
¿Su capacitación fue para una ruta en particular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué rutas aprendió?				
¿Le gustaría participar en la capacitación para aprender a viajar en autobús? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

DUPLICACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

¿Recibe actualmente algún servicio de transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguno de sus costos de transporte son pagados por otro programa u organización? (Seleccione a continuación todas las opciones que correspondan)	
Programa de transporte compartido para personas mayores	Oficina de Rehabilitación Profesional (OVR)
Programa de transporte de asistencia médica	Salud mental/Rehabilitación mental (MH/IDD)
Paratransito Complementario de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades	Agencia del Área sobre el Envejecimiento
Hogar grupal (donde vive)	Otro _____

Solicitantes de ADA: Si está solicitando específicamente servicios de ADA, ¡la solicitud termina AQUÍ!
Todos los demás solicitantes: ¡Rellene el resto de esta solicitud!

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA La siguiente información no es necesaria para que Shared Ride patrocine el 85 % de la tarifa de su viaje. Las Oficinas para el Envejecimiento, Inc. necesitan esta información para la creación de sus informes.	
Información étnica: Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Soy Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático Americano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Origen Hispano <input type="checkbox"/>	
¿Vive solo/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una vivienda adecuada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DATOS RELACIONADOS CON LOS INGRESOS Y EL HOGAR

Si NO está registrado en el Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP), puede calificar, y este programa podría pagar todo el costo de sus viajes elegibles a sus citas médicas

Después de revisar la siguiente tabla, creo que:

___ Ya estoy registrado con MATP ___ Puedo calificar para MATP ___ No creo que califique para MATP

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
GUÍAS DE POBREZA DE 2021**

Tamaño del hogar (seleccione uno)	Ingreso anual (seleccione uno)		
1 2	___ menos de \$14,820	___ \$14,821 - \$20,040	___ \$20,041 - \$25,260
3 4	___ \$25,261 - \$30,480	___ \$30,481 - \$35,700	___ \$35,701 - \$40,920
5 6	___ \$ 40,921 - \$ 46,140		___ \$ 46,141-\$ 51,360
___ 7 ___ 8	Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,220 por cada persona adicional.		

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN y CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y veraz a mi leal saber y entender. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para participar en programas de transporte ofrecidos por CAT.

Doy mi permiso a CAT para contactar a un profesional de la salud u otros profesionales que designe para obtener información adicional a fin de verificar que soy una persona con una discapacidad. ___ Sí ___ No

Al firmar este documento, me comprometo a informar inmediatamente a este proveedor de servicios de cualquier cambio en las circunstancias relativas a mi derecho a recibir ayuda financiera. Entiendo que se puede requerir documentación de todos los factores de elegibilidad para determinar la elegibilidad correctamente o para fines de auditoría y que dar declaraciones falsas a sabiendas es un delito penal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos. Esta declaración de afirmación cubre esta solicitud y todos los anexos requeridos para la determinación de elegibilidad. Estoy autorizando que, en el caso de que el proveedor de servicios deba verificar la información con respecto a mis viajes de los proveedores médicos a los que estoy viajando, para cumplir con las regulaciones del Departamento de Servicios Humanos de PA y tienen mi permiso para hacerlo. La información será mantenida únicamente por el Proveedor de Servicios y sus agentes en la más estricta confidencialidad y no será compartida con ninguna otra agencia, excepto los profesionales de los que estamos recibiendo la información.

Su firma (o nombre de la persona que rellenó este formulario) _____

Fecha: _____ Relación: _____ Número de contacto: _____

INSTRUCCIONES DE ENVÍO: Por favor, compruebe lo siguiente antes de enviar su solicitud

___ Incluya una copia de UN comprobante de edad

___ Incluya una copia de cualquier otro documento importante, como el Formulario de Certificación de Discapacidad en la página 6

___ Firmar la sección Liberación de información y Certificación de solicitud

COMPROBACIÓN PROFESIONAL DE LA DISCAPACIDAD POR ESCRITO

Para ser elegible en función de una discapacidad, la Certificación de discapacidad (última página) debe ser completada por una persona calificada de una de las organizaciones que se enumeran a continuación indicando que usted es una persona con una discapacidad y es **necesaria** para participar en el Programa de Transporte Rural para Personas con Discapacidad y el programa ADA.

<i>Oficina de Rehabilitación Profesional (OVR)</i>	<i>Oficina de Ceguera y Servicios Visuales</i>	<i>Enfermera registrada</i>	
<i>Seguro de Discapacidad (SSDI)</i>	<i>Parálisis Cerebral Unida</i>	<i>Programa de cuidado a domicilio de AP</i>	<i>Médico/a</i>

<i>Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidad física</i>		<i>Fisioterapeuta/terapeuta ocupacional registrado</i>
<i>Programa de Salud Mental/Retraso Mental (MH-MR)</i>	<i>Centro para la Vida Independiente (CIL)</i>	<i>Otro _____</i>
<p>La información contenida en esta solicitud será confidencial y se compartirá solo con los profesionales involucrados en la evaluación de su elegibilidad y el personal relevante de CAT. Es posible que el personal de CAT necesite hablar con el solicitante posteriormente para obtener más información.</p>		
<p>Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy? ___ Sí ___ No ___ No, ya estoy registrado para votar donde vivo ahora.</p>		

Formulario de Certificación de Discapacidad
Servicios de transporte con tarifa reducida
Transporte para Personas con Discapacidad (PwD) y Programa ADA

El propósito de este formulario es proporcionar una verificación independiente por escrito de que el solicitante nombrado a continuación tiene una discapacidad de acuerdo con la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. **Este formulario debe ser rellenado por un profesional que conozca la discapacidad del solicitante. Un profesional es alguien que tiene capacitación médica, proporciona servicios de rehabilitación o terapéuticos, hace evaluaciones cognitivas o proporciona servicios de vida independiente y asesoramiento a personas con discapacidades.** El solicitante ha presentado una solicitud servicios de transporte bajo el programa de Transporte para Personas con Discapacidades (PwD), administrado por el Departamento de Transporte de Pensilvania, con servicios proporcionados por Capital Area Transit. Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame al 717-846-RIDE (7433) o al número gratuito 1-800-632-9063.

Información del solicitante **El solicitante debe rellenar esta información (A completar por el solicitante):**

Apellido: _____ Nombre: _____ M.I.: _____

Dirección (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Firma del solicitante o representante del solicitante

Fecha

Definición de discapacidad

La elegibilidad para este programa se basa en la discapacidad según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Según la ADA, "*Discapacidad* significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicho individuo; un registro de tal impedimento; o que se considera que tiene tal impedimento". "... *actividades importantes de la vida* significa funciones tales como cuidar de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar".

Responda las siguientes preguntas **que debe completar la agencia o persona que proporciona la verificación de la información de elegibilidad (A completar por un profesional):**

¿Cuántas cuadras puede caminar esta persona sin ayuda? (Marque uno) <1 cuadra 1-2 cuadras 2-3 cuadras 6 cuadras 9 cuadras

¿La discapacidad del solicitante es permanente? Sí No
(Una definición estándar de discapacidad permanente es aquella que dura 12 meses o más).

En caso negativo, ¿cuánto tiempo se espera que dure? _____

¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad del solicitante? Marque los que correspondan. Marque todas las ayudas de movilidad que correspondan.

Discapacidad de movilidad (ver pregunta a la derecha)

Discapacidad visual

Discapacidad auditiva

Discapacidad cognitiva

Discapacidad mental

Otro — Especifique: _____

Silla de ruedas manual Muletas

Bastón Silla de ruedas motorizada

Escúter motorizado Caminador

Perro guía/de servicio Bastón blanco

Requiere asistente personal (enfermera, auxiliar médico, etc.)

Requiere acompañante

Firma del profesional

Fecha

Título

Nombre de la agencia u organización

Dirección

Teléfono

Envíe el formulario completo a:

Capital Area Transit
901 N Cameron Street, Harrisburg, PA 17101