



Solicitud de servicios de transporte paratransit

(Programa MATP, Personas con discapacidades (PwD), Shared Ride para personas mayores, tarifa pública completa)

1. Puede haber servicios de transporte con tarifa reducida si reúne alguno de estos requisitos:
 - Recibe Asistencia Médica a través del Departamento de Servicios Humanos
 - Es una persona entre los 18-64 años con una discapacidad
 - Reside dentro del recorrido de una ruta fija pero no puede acceder debido a una discapacidad
 - Tiene 60-64 años y vive en un condado con servicio de rabbittransit
 - Tiene más de 65 años
2. Si desea presentar una solicitud, complete el formulario para servicios de transporte y envíelo con copias de los documentos correspondientes a la siguiente dirección:

rabbittransit
415 N. Zarfoss Drive
York, PA 17404

3. Las solicitudes se procesan por orden de recepción.
4. Para clientes ADA, si no hemos procesado su solicitud en un plazo de 21 días después de recibirla, se le considerará como presuntamente elegible hasta que logremos hacer una determinación final sobre su elegibilidad.
5. La información o documentos incompletos o faltantes retrasarán el proceso.
6. Una vez procesado, un Planificador de Movilidad se comunicará con usted para informarle sobre su elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita el formulario en otro formato, comuníquese con **Planificación de Movilidad al 1-800-632-9063**

NOTA: La información suministrada en esta solicitud con respecto a su edad, discapacidad y condado de residencia se usará para determinar su elegibilidad para servicios de transporte compartido de los programas Rural Transportation for Persons with Disabilities y Senior Shared Ride.

Otra información dentro del formulario se utilizará para recopilar datos, determinar su elegibilidad para otros programas de transporte y brindarle el tipo de servicio de referencia adecuado (MATP, ADA, MD/IDD). La información es confidencial y se utilizará únicamente por los profesionales relacionados con la evaluación de su elegibilidad.

En letra de molde

Id. de Ecolane: _____

¿Cómo se enteró del sistema paratransit de rabbittransit?

☐ Folleto de hospital/clínica	☐ Vio un autobús
☐ Amigo/familiar	☐ Centro para personas mayores
☐ Trabajador social	☐ Publicidad: (Publicación)
☐ Oficina de informes de rabbittransit (Prime of Life, exposición, centro comercial)	☐ Otro: (Especifique)

GENERAL/PREGUNTAS DE CALIFICACIÓN

Nombre:	2.º nombre:	Apellido:
Fecha de nac.:		Edad:
Domicilio actual:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Tel. particular:		Email:
Celular:		Condado:
N.º de contacto de emergencia:	Relación:	Número de teléfono:

REQUIERE EVALUACIÓN		
¿Cuál es su lengua materna?		
¿Posee una tarjeta de asistencia médica? ☐ Sí ☐ No		
¿Tiene vehículo en su hogar? ☐ Sí ☐ No ¿Quién es el propietario del vehículo?		
¿Padece alguna discapacidad de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)? De ser así, adjunte el <i>Formulario de certificación de discapacidad</i>		
¿Tiene algún dispositivo de movilidad, por ejemplo...		
☐ Silla de ruedas manual	☐ Oxígeno	☐ Bastón
☐ Scooter motorizado	☐ Silla de ruedas eléctrica	☐ Caminador
☐ Muletas	☐ Perro guía	Otro _____
¿Necesita servicios de un acompañante o asistente personal para viajar? (Alguien que deba ayudarlo durante el viaje o en el lugar de destino) ☐ Sí ☐ No ☐ A veces		

VERIFICACIÓN DE EDAD Envíe una fotocopia legible de uno de los comprobantes de edad indicados junto con esta solicitud. <u>La credencial de Medicare no es un documento aceptable para certificar la edad.</u> Marque qué certificación está adjuntando.	
☐ Papeleo de baja/desvinculación de las fuerzas armadas	☐ Documento de id. de Pennsylvania
☐ Pasaporte/documentos de naturalización	☐ Licencia de conducir con fotografía
☐ Certificado de bautismo	☐ Partida de nacimiento (nombre de soltera) _____
☐ Tarjeta de id. de PACE	☐ Tarjeta de id. de acceso universal para veteranos
☐ Declaración de edad de la Oficina del Seguro Social de EE. UU.	☐ Tarjeta de residente extranjero

FORMA DE VIAJAR ACTUAL		
¿Actualmente utiliza los servicios de autobús de ruta fija de rabbittransit? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces		
¿El clima influye en su capacidad de tomar el servicio de autobús de ruta fija de rabbittransit? Sí ☐ No ☐ Si es así, explique:		
Indique sus destinos más frecuentes y cómo llega hasta allí ahora		
Destino a donde se dirige	¿Con qué frecuencia viaja hasta allí?	¿Cómo llega hasta allí?
1.		
2.		

SERVICIOS DE TRANSPORTE DUPLICADOS	
¿Actualmente recibe algún servicio de transporte? ☐ Sí ☐ No	
¿Alguno de sus costos de transporte lo paga otro programa u organización? (Seleccione todo lo que corresponda)	
☐ Programa de transporte Shared Ride para ciudadanos mayores	☐ Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)
☐ Programa de transporte de salud Medical Assistance	☐ Programa Mental Health/Mental Retardation (MH/IDD)
☐ Servicio Complementario de Paratransit de ADA	☐ Agencia del área para ancianos
☐ Residencia Group Home (del lugar donde vive)	☐ Otro _____

ENTORNO ALREDEDOR DE SU RESIDENCIA	
¿Cuántos escalones hay en la entrada de su residencia?	
¿Puede llegar hasta un vehículo sin la ayuda de otra persona? ☐ Sí ☐ No	
¿Cómo describiría el terreno en donde usted vive? ☐ Empinado ☐ Colina ☐ Camino asfaltado ☐ Camino no asfaltado	
¿Hay aceras en su vecindario? ☐ Sí ☐ No	

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA La siguiente información no es necesaria para que Shared Ride financie 85 % de su tarifa. Office for Aging, Inc. requiere esta información a los efectos normativos.	
Información étnica: Blanco ☐ Afroamericano ☐ Indio americano/nativo de Alaska ☐ Asiático americano/isleño del Pacífico ☐ Origen hispano ☐	
¿Vive solo? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene una vivienda adecuada? ☐ Sí ☐ No

DATOS SOBRE EL HOGAR Y LOS INGRESOS

Si NO está inscrito en el programa Medical Assistance Transportation Program (MATP), podría reunir los requisitos; este programa podría pagar el costo de los viajes a determinadas citas médicas

Después de revisar el cuadro a continuación, creo que...

____ ya estoy inscrito en el programa MATP ____ Calificaría para MATP ____ Creo que no calificaría para MATP

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.
PAUTAS FEDERALES DE POBREZA DE 2016**

Tamaño de la familia (seleccione uno)	Ingreso anual (seleccione uno)			
____ 1 ____ 2	____ menos de \$11,770	____ \$11,771 - \$17,930	____ \$17,931 - \$23,985	
____ 3 ____ 4	____ \$23,986 - \$29,425	____ \$29,426 - \$30,135	____ \$30,136 - \$39,825	
____ 5 ____ 6	____ \$39,826 - \$42,615	____ \$42,616 - \$48,500	____ \$48,501 - \$55,095	
____ 7 ____ 8	____ \$55,096 - \$60,625	____ \$60,626 - \$65,140	____ \$65,141 - \$71,025	
	____ \$71,026 - \$81,425	____ \$81,426 - \$85,230	____ \$85,231 - \$91,825	
	____ \$91,826 - \$97,710	____ \$97,711 - \$102,225	____ \$102,226+	

INFORMACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA (si corresponde)

N.º de tarjeta Access ____ - ____ - ____ - ____

N.º de beneficiario ____ - ____ - ____ - ____

N.º de emisión de tarjeta ____ - ____

Nº de seguro social: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

¿Recibe alguno de estos servicios?

____ Metadona ____ Diálisis ____ STAP-nombre del camp.

____ Servicios después de clases ____ Otro ____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN y CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Certifico que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que esta solicitud es para determinar si soy elegible para participar en los programas de transporte que ofrece rabbittransit.

Autorizo a rabbittransit a comunicarse con un profesional de atención de la salud u otros profesionales que yo designe para suministrar más información a fines de verificar que soy la persona con la discapacidad. ____ Sí ____ No

Al firmar abajo, acepto informar de inmediato al Proveedor del Servicio sobre cualquier cambio en las circunstancias con respecto a mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que se requiere toda la documentación necesaria para determinar correctamente la elegibilidad o a los efectos de auditorías y que suministrar información falsa es un delito penal. Entiendo que tengo derecho a solicitar una audiencia del Departamento de Servicios Humanos. Esta declaración es extensiva a la presente solicitud y a todos los adjuntos necesarios para determinar la elegibilidad. De ser necesario, autorizo al Proveedor del Servicio a verificar la información con respecto mis viajes a los servicios médicos a los cuales me dirijo, en cumplimiento con las regulaciones del Departamento de Servicios Humanos de PA. El Proveedor de Servicio y sus agentes retendrán y mantendrán la confidencialidad de esta información y no se compartirá con ninguna persona o agencia, excepto los profesionales que ahora la reciben.

Su firma (o nombre de la persona que completó el formulario) _____

Fecha: _____ Relación: _____ Número de contacto: _____

INSTRUCCIONES DE ENVÍO: Marque lo siguiente antes de enviar su solicitud

____ Incluye copia de UN comprobante de edad

____ Incluye copia de cualquier otro documento importante, por ejemplo, Formulario de certificación de discapacidad

____ Firma la sección de Autorización para la divulgación de información y Certificación de solicitud

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE MOVILIDAD

Para cada pregunta, marque solo una respuesta. Sus respuestas deben ser de acuerdo a: cómo se siente la mayoría del tiempo; en circunstancias normales; al usar su equipo de movilidad y si puede realizar la actividad de manera independiente.

Sin la ayuda de otra persona, ¿puede usted...

¿Subir o bajar tres escalones si hay pasamanos de ambos lados?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Usar el teléfono para pedir información?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Cruzar la calle, si hay rampas en la acera?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Subir y bajar del elevador de sillas de ruedas con pasamanos de ambos lados?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Llegar a la parada del autobús, si alguien le indica el camino?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Viajar por su cuenta actualmente?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Esperar 10 minutos de pie a la intemperie cuando hay buen clima?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Subir y bajar de la acera en la calle?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Subir o bajar por una calle con pendiente gradual, si hay buen tiempo?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Trasladarse por 3 calles niveladas cuando hay buen tiempo?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
Si es capaz de hacerlo, ¿cuánto tiempo le llevaría?	___ < 5 min.	___ 5 – 10 min.	___ > 10	___ No está seguro
¿Alguna vez se perdió mientras viajaba por su cuenta?	___ Sí		___ No	
Si hay buen clima y no hay obstáculos, ¿cuál es la máxima distancia que puede trasladarse o caminar sobre una calle nivelada, con su dispositivo de movilidad? (Seleccione la casilla más pertinente a su respuesta)				
___ No puedo viajar solo	___ Menos de 1 cuadra	___ 3 cuadas	___ 6 cuadas	
___ Hasta el bordillo frente a mi casa	___ 9 cuadas	___ Más de 9 cuadas	Otro _____	
¿Alguna vez recibió capacitación para aprender a usar el autobús o desplazarse en la comunidad? ___ Sí ___ No				
Si respondió sí, ¿qué agencia o persona le brindó capacitación?		¿Cuándo recibió capacitación?		
¿Completó la capacitación satisfactoriamente? ___ Sí ___ No ¿Por qué no?				
¿Recibió capacitación sobre una ruta específica? ___ Sí ___ No ¿Qué rutas aprendió?				
¿Desearía recibir capacitación para aprender a viajar en autobús? ___ Sí ___ No				

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL DE DISCAPACIDAD POR ESCRITO

Para ser elegible debido a una discapacidad, se **requiere** una Certificación de Discapacidad (en la última página) de un individuo calificado perteneciente a una de las organizaciones enunciadas abajo, que indique que usted es una persona con una discapacidad, para participar en el Programa de Transporte Rural para Personas con Discapacidades y el programa de la ADA.

Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)	Bureau of Blindness and Visual Services	Enfermero registrado
Seguro por Discapacidad (SSDI)	United Cerebral Palsy	Attendant Care - programa de cuidado personal de PA
Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidades físicas	Terapeuta físico/ocupacional registrado	
Programa Mental Health/Mental Retardation (MH-MR)	Center for Independent Living (CIL)	Otro _____

La información contenida en esta solicitud será confidencial y se compartirá únicamente con profesionales relacionados con la evaluación de su elegibilidad y el personal de rabbittransit. El personal de rabbittransit podría comunicarse con el solicitante para obtener más información, más adelante.

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría presentar una solicitud para registrarse para votar aquí hoy?
 ___ Sí ___ No No, ya estoy registrado para votar donde vivo ahora.

EVALUACIÓN FUNCIONAL DE MOVILIDAD

Para cada pregunta, marque solo una respuesta. Sus respuestas deben ser de acuerdo a: cómo se siente la mayoría del tiempo; en circunstancias normales; al usar su equipo de movilidad y si puede realizar la actividad de manera independiente.

Sin la ayuda de otra persona, ¿puede usted...

¿Subir o bajar tres escalones si hay pasamanos de ambos lados?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Usar el teléfono para pedir información?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Cruzar la calle, si hay rampas en la acera?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Subir y bajar del elevador de sillas de ruedas con pasamanos de ambos lados?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Llegar a la parada del autobús, si alguien le indica el camino?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Viajar por su cuenta actualmente?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Esperar 10 minutos de pie a la intemperie cuando hay buen clima?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Subir y bajar de la acera en la calle?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Subir o bajar por una calle con pendiente gradual, si hay buen tiempo?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
¿Trasladarse por 3 calles niveladas cuando hay buen tiempo?	___ Siempre	___ A veces	___ Nunca	___ No está seguro
Si es capaz de hacerlo, ¿cuánto tiempo le llevaría?	___ < 5 min.	___ 5 – 10 min.	___ > 10	___ No está seguro
¿Alguna vez se perdió mientras viajaba por su cuenta?	___ Sí		___ No	

Si hay buen clima y no hay obstáculos, ¿cuál es la máxima distancia que puede trasladarse o caminar sobre una calle nivelada, con su dispositivo de movilidad? (Seleccione la casilla más pertinente a su respuesta)

___ No puedo viajar solo	___ Menos de 1 cuadra	___ 3 cuerdas	___ 6 cuerdas
___ Hasta el bordillo frente a mi casa	___ 9 cuerdas	___ Más de 9 cuerdas	Otro _____

¿Alguna vez recibió capacitación para aprender a usar el autobús o desplazarse en la comunidad? ___ Sí ___ No

Si respondió sí, ¿qué agencia o persona le brindó capacitación? _____ ¿Cuándo recibió capacitación? _____

¿Completó la capacitación satisfactoriamente? ___ Sí ___ No ¿Por qué no? _____

¿Recibió capacitación sobre una ruta específica? ___ Sí ___ No ¿Qué rutas aprendió? _____

¿Desearía recibir capacitación para aprender a viajar en autobús? ___ Sí ___ No

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL DE DISCAPACIDAD POR ESCRITO

Para ser elegible debido a una discapacidad, se **requiere** una Certificación de Discapacidad (en la última página) de un individuo calificado perteneciente a una de las organizaciones enunciadas abajo, que indique que usted es una persona con una discapacidad, para participar en el Programa de Transporte Rural para Personas con Discapacidades y el programa de la ADA.

Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)	Bureau of Blindness and Visual Services	Enfermero registrado
Seguro por Discapacidad (SSDI)	United Cerebral Palsy	Attendant Care - programa de cuidado personal de PA
Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidades físicas	Terapeuta físico/ocupacional registrado	
Programa Mental Health/Mental Retardation (MH-MR)	Center for Independent Living (CIL)	Otro _____

La información contenida en esta solicitud será confidencial y se compartirá únicamente con profesionales relacionados con la evaluación de su elegibilidad y el personal de rabbittransit. El personal de rabbittransit podría comunicarse con el solicitante para obtener más información, más adelante.

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría presentar una solicitud para registrarse para votar aquí hoy?
 ___ Sí ___ No ___ No, ya estoy registrado para votar donde vivo ahora.

Certification of Disability Form

Reduced Fare Transportation Services Transportation for Persons with Disabilities (PwD) and ADA Program

The purpose of this form is to provide written, independent verification that the applicant named below has a disability according to the definition in the Americans with Disabilities Act. **This form is to be completed by a professional who is familiar with the applicant's disability. A professional is someone who has medical training, provides rehabilitative or therapeutic services, does cognitive assessments, or provides independent living and counseling services to people with disabilities.** The applicant has applied for transportation services under the Transportation for Persons with Disabilities (PwD) program, which is being administered by the Pennsylvania Department of Transportation with services provided by Central Pennsylvania Transportation Authority. If you have any questions about the form, please call 717-846-RIDE (7433) or toll free at 1-800-632-9063.

Applicant Information **to be completed by applicant (A completar por el solicitante):**

Last Name: _____ First Name: _____ M.I.: _____

Address (Street & No.): _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Telephone: Home: _____ Work: _____ E-mail: _____

Applicant or Applicant Representative signature

Date: _____

Definition of Disability

Eligibility for this program is based on disability as defined by the Americans with Disabilities Act (ADA). According to the ADA, "Disability means, with respect to an individual, a physical or mental impairment that substantially limits one or more of the major life activities of such individual; a record of such an impairment; or being regarded as having such an impairment". "...major life activities means functions such as caring for one's self, performing manual tasks, walking, seeing, hearing, speaking, breathing, learning, and work."

Please answer the following questions **to be completed by the agency or person providing verification of eligibility information (Hecho por profesional):**

How many blocks can this person walked unassisted? (Circle One) <1 block 1-2 blocks 2-3 blocks 6 blocks 9 blocks

Is the applicant's disability permanent? _____ Yes _____ No
(A standard definition of a permanent disability is one that lasts for 12 months or longer.)

If not, how long is it expected to last? _____

What is the nature of the applicant's disability? Check those that apply. Please check all mobility aids that apply.

_____ Mobility disability (please see question to the right)

_____ Manual Wheelchair _____ Crutches

_____ Vision disability

_____ Power Wheelchair _____ Cane

_____ Hearing disability

_____ Motorized Scooter _____ Walker

_____ Cognitive

_____ Guide/Service Dog _____ White Cane

_____ disability Mental

_____ Personal Assistant (Nurse, aide, etc.)

_____ disability

_____ Other — Please specify: _____

Signature of Professional

Date

Title

Name of Agency or Organization

Address

Telephone

Please send completed form to:
rabbittransit
415 Zarfoss Drive, York, Pa. 17404



HIPAA AUTHORIZATION FOR USE OR DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

Date: _____, 20____

- I. THE PATIENT.** This form is for use when such authorization is required and complies with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) Privacy Standards.

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Social Security Number or MA ID: _____

- II. AUTHORIZATION.** I authorize any health plan, physician, health care professional, hospital, clinic, laboratory, pharmacy, medical facility, or other health care provider that has provided payment, treatment or services to me or on my behalf ("Authorized Party") to use or disclose the following:

Any medical-related information needed to verify my receipt of medical services for the purpose described below

Hereinafter known as the "Medical Records."

- III. DISCLOSURE.** The Authorized Party has my authorization to disclose Medical Records to:

Name: Susquehanna Regional Transportation Authority (dba. rabbittransit)

Address: 901 N. Cameron Street, Harrisburg, Pa 17101

Phone: (800) 632 - 9063 Fax: (717) 848 - 4853

E-Mail: info@rabbittransit.org

- IV. PURPOSE.** The reason for this authorization is:

To verify attendance to the appointment for medical services for which you received transportation through the Medical Assistance Transportation Program.

- V. TERMINATION.** This authorization will terminate:

Upon sending a written revocation to the authorized party.

- VI. ACKNOWLEDGMENT OF RIGHTS.**

I understand that I have the right to revoke this authorization, in writing and at any time, except where uses or disclosures have already been made based upon my original permission. I might not be able to revoke this authorization if its purpose was to obtain insurance.

I understand that uses and disclosures already made based upon my original permission cannot be taken back.

I understand that it is possible that Medical Records and information used or disclosed with my permission may be re-disclosed by a recipient and no longer protected by the HIPAA Privacy Standards.



I understand that treatment by any party may not be conditioned upon my signing of this authorization (unless treatment is sought only to create Medical Records for a third party or to take part in a research study) and that I may have the right to refuse to sign this authorization.

I will receive a copy of this authorization after I have signed it. A copy of this authorization is as valid as the original.

Signature of Patient: _____ **Date:** _____

Print Name: _____

(IF THE PATIENT IS UNABLE TO SIGN, USE THE SIGNATURE AREA BELOW)

The patient is unable to sign due to: (check one)

☐ - **Being a Minor.** Patient is _____ years old and considered a minor under state law.

☐ - **Being Incapacitated.** Patient is incapacitated due to: _____

☐ - **Other:** _____

Signature of Representative: _____ **Date:** _____

Print Name: _____

Relationship to Patient: ☐ Parent ☐ Spouse ☐ Guardian ☐ Other: _____