

Aplicación para el Servicio ADA de Paratransito

I. Instrucciones para el Solicitante o Representante:

Por favor lea atentamente los criterios adjuntos para la elegibilidad de Paratransito. Si considera que cumple con **todos** los criterios, **complete la sección A del formulario para el Solicitante**. Asegúrese de imprimir y completar **toda** la información solicitada y firmar donde se indica. **Un profesional de la salud debe completar la sección B. Toda la información proporcionada será verificada y confirmada.** Usted puede adjuntar documentación de respaldo. Su profesional de la salud podría solicitarle que firme una autorización para que revele su información médica privada.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Centro de Llamadas de Movilidad Regional al (863) 534- 5500 Opción 3, o al 855-POLKBUS (765-5287) Opción 3, de Lunes a Viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

II. Instrucciones para el Profesional de la salud:

El aplicante está solicitando una certificación para utilizar el servicio ADA de Paratransito. ADA Paratransito es un programa de transporte compartido puerta a puerta para personas con discapacidades físicas o cognitivas que no pueden usar o acceder al sistema de transporte público de ruta fija, Citrus Connection cumple con la Ley Estadounidense con Discapacidades (ADA) de 1990.

Por favor complete las secciones de verificación médica de esta solicitud. La información que proporcione debe basarse únicamente en la capacidad física o cognitiva de la persona para usar o acceder al transporte público de forma independiente. Las consideraciones basadas en la edad o la situación económica de la persona solicitante no se utilizarán como certificación para este servicio. La ley federal es bastante específica al definir quién es elegible para este servicio especializado. El diagnóstico de una enfermedad o afección potencialmente limitante no es suficiente para documentar la necesidad del servicio ADA de Paratransito.

- III. Las solicitudes incompletas o ilegibles serán devueltas para ser completadas, lo que podría retrasar la determinación de elegibilidad del solicitante. La determinación de elegibilidad se realizará en un plazo de 21 días a partir de recibida la aplicación complete. Citrus Connection otorgará elegibilidad temporal para el servicio a partir del día 22 si la determinación de elegibilidad no se realiza dentro de los 21 días de recibida la aplicación completa.

La información proporcionada por el solicitante podrá ser compartida con nuestro equipo de Evaluación Funcional. Por favor lea el Aviso de Prácticas de Privacidad incluido en este paquete de solicitud.

Aplicación para el Servicio ADA de Paratransito

Regrese la aplicación completa a:

Citrus Connection
1120 George Jenkins Blvd., Lakeland,
FL 33815
Atención: PT Connect
O al Número de Fax: (863)327-1366, o al
Email: **ALLRMCC_Employees@ridecitrus.com**

Para uso oficial solamente

Client ID # _____
New applicant? Yes ___ No ___
Recertification? Yes ___ No ___
Expire: _____
Eligibility From: _____ To: _____
PCA (Y/N) _____ Archive Yr: _____
Comments: _____
Staff Signature: _____

SECCION A - SOLICITANTE

PART 1 – Información del Solicitante

PT Connect ofrece servicios de Paratransito en vehículos accesibles a personas que tienen capacidad limitada de usar el sistema de autobuses de ruta fija. Para ser elegibles para este servicio, las personas deben tener discapacidades que les impidan usar o acceder al sistema de autobuses regular. La edad del solicitante no constituye por sí sola una discapacidad elegible.

Primer Nombre: _____ M. I: _____ Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Proporcione la dirección de correo si es diferente a la anterior:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de celular: _____

E-mail: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Mensaje de texto E-mail

Nombre de contacto de emergencia / número de teléfono / relación: _____

PART 2 – Por favor marque todas las que correspondan:

Usa bastón/andador	<input type="checkbox"/>	Tratamiento del cáncer	<input type="checkbox"/>
Usa scooter/silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Paciente renal	<input type="checkbox"/>
Usa silla de ruedas de gran tamaño	<input type="checkbox"/>	Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>
Oxigeno Portable	<input type="checkbox"/>	Discapacidad cognitiva	<input type="checkbox"/>
Animal de servicio	<input type="checkbox"/>	Discapacidad visual	<input type="checkbox"/>

SECCION A - SOLICITANTE

PARTE 3 – Aviso de HIPAA / Información de Autorización Médica

Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar mi elegibilidad para el servicio de Paratransito. Entiendo que la información sobre mi discapacidad se mantendrá confidencial y Citrus Connection solo compartirá mi información médica de la manera necesaria para documentar mis capacidades o discapacidades, y únicamente con profesionales de la salud que participen en el proceso de evaluación o certificación, según sea necesario, para determinar mi elegibilidad para los servicios de transporte puerta a puerta. Autorizo a mis representantes médicos a divulgar y compartir toda la información médica de este asunto con Citrus Connection. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la revocación de mi elegibilidad. No completar esta aplicación podría resultar en la elegibilidad incompleta del cliente para usar PT Connect (*HIPPA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, Ley de 1996*).

Solicitar la divulgación de información a: _____

Indique el nombre del médico, hospital, clínica o Centro de cuidado asistido:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

PARTE 4 – Persona que complete la aplicación (si es diferente al Solicitante)

Primer Nombre: _____ M. I: _____ Apellidos: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de celular: _____

Otra persona como su representante personal (padre, tutor, familiar, etc.)

Relación: _____ Firma _____ Fecha: _____

SECCION B – PROFESIONAL DE LA SALUD

PARTE 1 – Verificación Profesional

Como profesional de la salud familiarizado con el historial médico del solicitante, por favor complete esta forma documentando todas las condiciones que le impidan usar o acceder el servicio de autobús de ruta fija. Por favor, ayúdenos a certificar únicamente a las personas que, debido a una discapacidad, no pueden usar el servicio regular de autobús. (Marque todas las opciones que correspondan).

Nombre del Solicitante: _____

PARTE 2

Diagnóstico Médico: _____

En sus propias palabras, describa en detalle qué impide al paciente viajar de forma independiente utilizando autobuses regulares o accesibles: _____

He leído la totalidad de la Sección A preparada por el Solicitante	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Estoy de acuerdo con toda la información en la Sección A	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Es el Solicitante discapacitado?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿La discapacidad impide el uso o acceso al servicio regular de autobús?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

PARTE 3 – Limitaciones de Movilidad

¿Puede el solicitante caminar ¼ de milla sin ayuda?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Puede el solicitante esperar afuera sin ayuda durante 10 minutos?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Puede el solicitante sortear con seguridad obstáculos en el camino hacia la parada del autobús?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

PARTE 4 – Limitaciones Cognitivas

¿Puede el solicitante proporcionar dirección y número de teléfono?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Puede el solicitante reconocer un destino o punto de referencia?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Puede el solicitante hacer frente a situaciones inesperadas?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Puede el solicitante pedir, comprender y seguir instrucciones?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Puede el solicitante viajar con seguridad a través de instalaciones concurridas o complejas?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Existen otros efectos de esta discapacidad que debemos conocer?	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

SECCION B – PROFESIONAL DE LA SALUD

Capacidad en la cual usted está familiarizado con el Solicitante: _____

¿Necesita el paciente que alguien viaje con él?

Nunca

Algunas veces

Siempre

Si respondió siempre o algunas veces, por favor explique por qué? _____

PARTE 5 – Información del Profesional de la Salud

El profesional de la salud debe completar todos los campos de esta sección. La información incompleta o faltante puede causar demoras o afectar la elegibilidad del solicitante para los servicios.

Por favor indique cuál es su profesión autorizada:

Médico	<input type="checkbox"/>	Terapeuta Ocupacional	<input type="checkbox"/>	Enfermero Registrado	<input type="checkbox"/>
Psicólogo	<input type="checkbox"/>	Consejero de Salud Mental	<input type="checkbox"/>	Trabajador Social Clínico	<input type="checkbox"/>
Oftalmólogo	<input type="checkbox"/>	Especialista de Vida Independiente	<input type="checkbox"/>	Audiólogo	<input type="checkbox"/>
Otro Médico Profesional	<input type="checkbox"/>	Cuál Profesión? _____			

Nombre impreso del Profesional de la Salud:

Agencia/Nombre de la Clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Ext.: _____

Firma del Profesional de la Salud: _____

Fecha: _____

Número de Licencia del Estado de la Florida: _____