



## Solicitud de servicios de transporte

(Servicios para veteranos, personas con discapacidades (PwD por sus siglas en inglés), ADA, viaje compartido para personas mayores de 65 años o más, tarifa pública completa)

- Los servicios de transporte pueden estar disponibles a una tarifa reducida, si cumple con alguno de los siguientes criterios:
  - Sirvió en las fuerzas armadas
  - Actualmente recibe asistencia médica a través del Departamento de Servicios Humanos.
  - Es una persona con una discapacidad de entre 18 y 64 años
  - Es una persona que vive en una ruta fija, pero por discapacidad no puede acceder a ella
  - Tiene más de 65 años
- Si desea presentar una solicitud, complete la solicitud para los servicios de transporte y envíela con las copias de los documentos de calificación a la dirección que figura a continuación.



901 N Cameron Street  
Harrisburg, PA 17101

- Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben.
- Para los clientes de ADA, si no hemos procesado su solicitud dentro de los 21 días posteriores a la recepción, se le dará presunta elegibilidad hasta que podamos tomar una determinación de elegibilidad.
- La información o los documentos incompletos o faltantes retrasará el procesamiento.
- Una vez procesado, un planificador de movilidad se comunicará con usted para notificarle su elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta o necesita esta solicitud en un formato alternativo, por favor llame a **Mobility Planning al 1-800-632-9063**.

NOTA: La información proporcionada en esta solicitud con respecto a su condición de veterano, edad, discapacidad y condado de residencia se utilizará para determinar su elegibilidad para los servicios de transporte de viaje compartido bajo varios programas, incluido el transporte rural para personas con discapacidades y los programas de viaje compartido para personas mayores.

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

**Por favor, en letra de imprenta**      Identificación de Ecolane: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró por primera vez del sistema de paratransito de CAT?	
<input type="checkbox"/> Folleto del hospital / clínica	<input type="checkbox"/> Lo ví en un autobús
<input type="checkbox"/> Amigo / Miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Centro para personas mayores
<input type="checkbox"/> Asistente social	<input type="checkbox"/> Anuncio: (Publicación)
<input type="checkbox"/> Puesto de información de CAT (Prime of Life, exposición, centro comercial)	<input type="checkbox"/> Otro: (especificar)

PREGUNTAS GENERALES / DE CALIFICACIÓN					
Primer nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Fecha de nacimiento:		Número de Seguro social:		Edad:	
Dirección actual:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Número particular:		Número de teléfono celular:		Condado:	
Contacto de emergencia:		Parentesco:		Número de teléfono:	

**VERIFICACIÓN DE LA EDAD:** Envíe una fotocopia legible de uno de los formularios de prueba de edad enumerados junto con esta solicitud.

**Una tarjeta de Medicare no es una prueba aceptable de edad.** Compruebe qué verificación está adjuntando.

<input type="checkbox"/> Papeles de baja / separación de las fuerzas armadas	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Pensilvania
<input type="checkbox"/> Documentos de pasaporte / naturalización	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir de vehículo motorizado con fotografía
<input type="checkbox"/> Certificado de bautismo	<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento (apellido de soltera)
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de PACE	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de acceso universal para veteranos
<input type="checkbox"/> Declaración de edad de la Oficina del Seguro Social de EE. UU.	<input type="checkbox"/> Tarjeta de extranjero residente

**VERIFICACIÓN DE SERVICIO DE VETERANO:** envíe una copia con foto legible de la prueba del servicio de veterano con esta solicitud

Compruebe qué verificación está adjuntando.

<input type="checkbox"/> Papeles de baja / separación de las fuerzas armadas	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de acceso universal para veteranos
<input type="checkbox"/> DD-214	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir con designación de veterano

**VERIFICACIÓN PROFESIONAL ESCRITA DE DISCAPACIDAD: SOLO SI TIENE MENOS DE 65 AÑOS DE EDAD**

Para ser elegible en base a una discapacidad, la Certificación de Discapacidad debe ser completada por una persona calificada de una de las organizaciones enumeradas a continuación que indique que usted es una persona con una discapacidad y **debe** participar en el Programa de Transporte Rural para Personas con Discapacidades. y el programa ADA.

<i>Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)</i>	<i>Oficina de Ceguera y Servicios Visuales</i>	<i>Enfermero (a) registrado (a)</i>
<i>Seguro por discapacidad (SSDI)</i>	<i>United Cerebral Palsy (Unidad de Parálisis cerebral)</i>	<i>Programa de cuidado de asistente de PA</i>
<i>Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidades físicas</i>	<i>Terapeuta físico / ocupacional registrado</i>	
<i>Salud mental / Discapacidad intelectual y del desarrollo (MH-IDD)</i>	<i>Centro de vida independiente (CIL)</i>	<i>Otro _____</i>

**NECESITA VALORACIÓN**

¿Cuál es su idioma principal?

¿Tiene tarjeta de asistencia médica?  Sí  No¿Tiene una discapacidad de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)? De sí, adjunte el *Formulario de Certificación de Discapacidad*

¿Tiene algún dispositivo de movilidad como...

 Silla de ruedas manual Oxígeno Bastón Scooter motorizado Silla de ruedas eléctrica Andador Muletas Perro guía

Otro \_\_\_\_\_

¿Necesita los servicios de un asistente de cuidado personal o un acompañante cuando viaja? (Alguien que se necesita para ayudarlo a usted durante el viaje o en el origen o destino)  Sí  No  A veces**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN y CERTIFICACIÓN DE SOLICITUD**

Al firmar a continuación, por la presente acepto informar cualquier cambio a este Proveedor de servicios con respecto a mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que dar declaraciones falsas a sabiendas es un delito penal. La información será retenida únicamente por el Proveedor de servicios y sus agentes en la más estricta confidencialidad y no se compartirá con ninguna otra agencia, excepto los profesionales de los cuales estamos recibiendo la información.

Firma de la persona que completa este formulario \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Asegúrese de incluir lo siguiente con su solicitud** Prueba de edad Prueba de estatus de veterano Certificado de discapacidad (página 6) Asegúrese de que su solicitud esté firmada

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

**Todos los demás solicitantes: ¡Complete el resto de esta solicitud!**

**VIAJE ACTUAL**¿Utiliza actualmente los servicios de autobús de **ruta fija** de CAT?  Sí  No  A veces¿El clima afecta su capacidad para utilizar el servicio de autobús de ruta fija de CAT? Sí  No 

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Dirección de destino adónde va

¿Qué tan a menudo va allá?

¿Cómo llega allí?

1.

2.

**DUPLICACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE**¿Recibe actualmente algún servicio de transporte?  Sí  No

¿Alguno de sus costos de transporte es pagado por otro programa u organización? (Seleccione todo lo que corresponda)

 Programa de transporte de viaje compartido para personas de la tercera edad Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) Programa de transporte de asistencia médica Salud mental / rehabilitación mental (MH / IDD) Paratransporte complementario de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades Area Agency on Aging (Agencia de Área para la tercera edad) Hogar grupal (donde vive) Otro \_\_\_\_\_**ENTORNO ALREDEDOR DE SU RESIDENCIA**

¿Cuántos escalones hay en la entrada que usa en su residencia?

¿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"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Colina <input type="checkbox"/> Carril pavimentado <input type="checkbox"/> Carril sin pavimentar
¿Hay aceras en su vecindario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA** La siguiente información no es necesaria para que Shared ride patrocine el 85 % de la tarifa del viaje. Las oficinas para el envejecimiento, inc. requieren esta información para fines de informes.

Información étnica:  
 Blanco  Afroamericano  Soy indio / nativo de Alaska  asiático americano / Isleño del Pacífico  Origen hispano

¿Vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene una vivienda adecuada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---

**INGRESOS Y DATOS RELACIONADOS CON 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 el cuadro a continuación, creo que ...  
 Ya estoy registrado en MATP  Puedo calificar para MATP  No creo que califique para MATP

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE ESTADOS UNIDOS LINEAMIENTOS DE POBREZA 2021			
Tamaño del hogar (seleccione uno)		Ingresos anuales (seleccione uno)	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> menos de \$ 14 820	<input type="checkbox"/> \$ 14 821 - \$ 20 040 <input type="checkbox"/> \$ 20 041 - \$ 25 260
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> \$ 25 261 - \$ 30 480	<input type="checkbox"/> \$ 30 481 - \$ 35 700 <input type="checkbox"/> \$ 35 701 - \$ 40 920
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> \$ 40 921 - \$ 46 140	<input type="checkbox"/> \$ 46 141 - \$ 51 360
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	Para familias / hogares con más de 8 personas, agregue \$ 5 220 por cada persona adicional.	

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN y CERTIFICACIÓN DE 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 los programas de transporte ofrecidos por CAT.

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

Al firmar a continuación, por la presente acepto informar inmediatamente a este Proveedor de servicios sobre cualquier cambio en las circunstancias con respecto a mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Entiendo que se puede requerir documentación de todos los factores de elegibilidad para determinar la elegibilidad correctamente o para propósitos 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 adjuntos necesarios para determinar la elegibilidad. Autorizo que, en el caso de que el Proveedor de Servicios deba verificar información sobre mis viajes de los proveedores médicos a los que estoy viajando, para cumplir con las regulaciones del Departamento de Servicios Humanos de PA, usted tenga mi permiso para hacerlo. La información será retenida 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 cuales estamos recibiendo la información.

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

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES DE ENVÍO POR CORREO: Verifique lo siguiente antes de enviar su solicitud por correo** Incluya una copia de UN formulario de prueba de edad Incluya una copia de cualquier otro documento importante como el Formulario de Certificación de Discapacidad Firme la sección de Divulgación de información y Certificación de solicitud**EVALUACIÓN FUNCIONAL DE MOVILIDAD**

Para cada pregunta a continuación, marque una respuesta. Sus respuestas deben basarse en: cómo se siente la mayor parte del tiempo; bajo circunstancias normales; usando su equipo de movilidad; y si puede realizar esta actividad de forma independiente.

**Sin la ayuda de otra persona, ¿puede:**

¿Sube y baja tres escalones si hay pasamanos a ambos lados?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Usa 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 las aceras?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Sube y baja un elevador de sillas de ruedas con pasamanos a ambos lados?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Encuentra el camino a la parada de autobús, si alguien le indica el camino?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Actualmente viaja solo?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Espera 10 minutos cuando hay buen clima al aire libre sin un lugar para sentarse?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Sube y baje de la acera a un bordillo?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Sube o baja una pendiente gradual en la acera, con buen clima?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Recorre bloques de 3 niveles, en la acera, con buen clima?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
Si puede hacer esto, ¿cuánto tiempo le llevará?	<input type="checkbox"/> < 5 min	<input type="checkbox"/> 5 – 10 min	<input type="checkbox"/> > 10	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Alguna vez se has perdido viajando 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, usando su ayuda de movilidad? (Seleccione la casilla que más se acerque a su respuesta)				
<input type="checkbox"/> No puedo viajar solo	<input type="checkbox"/> Menos de una cuadra	<input type="checkbox"/> 3 cuadas	<input type="checkbox"/> 6 cuadas	
<input type="checkbox"/> Bordillo en frente de la casa	<input type="checkbox"/> 9 cuadas	<input type="checkbox"/> Más de 9 cuadas	Otro _____	
¿Alguna vez recibió capacitación para aprender a usar el autobús o viajar por la comunidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, ¿qué agencia o persona proporcionó la capacitación? ¿Cuándo fue entrenado?				
¿Completó con éxito la formación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, ¿por qué no?				
¿Su ruta de entrenamiento fue específica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué ruta aprendió?				
¿Le gustaría participar en la formación para aprender a viajar en autobús? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

**VERIFICACIÓN PROFESIONAL ESCRITA DE DISCAPACIDAD**

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

<i>Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)</i>		<i>Oficina de Ceguera y Servicios Visuales</i>		<i>Enfermero (a) registrado (a)</i>
<i>Seguro por discapacidad (SSDI)</i>	<i>United Cerebral Palsy (Unidad de parálisi cerberal)</i>	<i>Programa de cuidado de asistente de PA</i>	<i>Seguro por discapacidad (SSDI)</i>	
<i>Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidades físicas</i>			<i>Terapeuta físico / ocupacional registrado</i>	
<i>Salud mental / Discapacidad intelectual y del desarrollo (MH-IDD)</i>		<i>Centro de vida independiente (CIL)</i>	<i>Otro _____</i>	
<p>La información contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá solo con los profesionales involucrados en la evaluación de su elegibilidad y el personal CAT apropiado. Es posible que el personal de CAT necesite hablar con el solicitante más adelante 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 discapacidades (PwD) y programa ADA

El propósito de este formulario es proporcionar una verificación independiente por escrito de que el solicitante mencionado a continuación tiene una discapacidad de acuerdo con la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. **Este formulario debe ser completado por un profesional que esté familiarizado con la discapacidad del solicitante. Un profesional es alguien que tiene capacitación médica, brinda servicios de rehabilitación o terapéuticos, realiza evaluaciones cognitivas o brinda servicios de vida independiente y de asesoramiento a personas con discapacidades.** El solicitante ha solicitado servicios de transporte bajo el programa de Transporte para Personas con Discapacidades (PwD), que está siendo 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 que **debe completar el solicitante (A completar por el solicitante)**:

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle y número): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Particular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o del 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 historial de dicho impedimento; o que se considere que tiene tal impedimento." "... las principales actividades de la vida significan funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar".

Responda las siguientes preguntas para que **las complete la agencia o la persona que proporcione la verificación de la información de elegibilidad.** (Hecho por profesional):

¿Cuántas cuadras puede caminar esta persona sin ayuda? (Haga un círculo eligiendo 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).

Si no es así, ¿cuánto se espera que dure? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad del solicitante? Marque los que apliquen.	Marque todas las ayudas de movilidad que correspondan.
_____ Discapacidad de movilidad (consulte la pregunta a la derecha)	_____ Silla de ruedas manual _____ Muletas
_____ Discapacidad visual	_____ Sillas de ruedas motorizada _____ Bastón
_____ Discapacidad auditiva	_____ Scooter motorizado _____ Andador
_____ Discapacidad cognitiva	_____ Perro guía / servicio _____ Bastón blanco
_____ Discapacidad mental	_____ Requiere asistente personal (enfermera, asistente de salud, etc.)
_____ Otros, por favor especifique: _____	_____ Requiere escolta

\_\_\_\_\_  
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**