



SOLICITUD DE PLUS Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

La elegibilidad para PLUS se basa en los criterios y las pautas establecidas en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act, ADA) y las reglas y decisiones de la Administración Federal de Tránsito relacionadas con el transporte especial para personas minusválidas. Para ser elegible para el plan PLUS, una persona debe tener una discapacidad o afección médica que le impida usar de manera independiente las rutas fijas regulares del sistema de autobuses la mayor parte del tiempo. El solicitante (o alguien que asista al solicitante) debe completar la totalidad de esta solicitud. Responda todas las preguntas, las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante sin procesar. **Enviar a: EMBARK, 2000 South May Avenue, Oklahoma City, Oklahoma 73108, por fax 405-316-2372, o por correo electrónico a specialservices@okc.gov**

Parte: A (complete todas las preguntas):

EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Mujer Hombre

Domicilio: _____ Núm. de dpto. _____

Ciudad, estado, y código postal: _____

Intersección principal más cercana: _____ Teléfono particular: _____

Nombre del centro/departamento: _____ Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono del trabajo: _____

Contacto de emergencia (obligatorio): _____ Teléfono: _____

Relación con el Solicitante: _____ Número alternativo: _____

1. ¿Cuáles son sus discapacidades (marque todas las opciones que correspondan y proporcione una descripción detallada)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual/ceguera |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Otra |

Describa las opciones marcadas arriba en mayor detalle: _____

¿Alguna de las discapacidades enumeradas es permanente? Sí No Si la respuesta es sí, indique qué afecciones

Si la respuesta es no, ¿cuál es la duración prevista de la discapacidad? ____ semanas ____ meses

2. ¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando viaja fuera de su casa? (Marque una opción)

- Sí, para todos los viajes A veces, para ciertos tipos de viajes No

3. Marque todos los dispositivos de asistencia indicados abajo que puede usar cuando viaja:

- Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Escúter eléctrico
 Animal de servicio Bastón blanco/de apoyo Andador
 Dispositivo de comunicación Oxígeno portátil Muletas/soporte ortopédico
 Otros (Por favor, describa) _____

4. Si usa una silla de ruedas o escúter, ¿tiene más de 30 pulgadas de ancho, más de 48 pulgadas de largo, o el peso de su dispositivo ocupado es más de 800 libras? Sí No N/C

5. ¿Tiene una rampa para silla de ruedas funcional y segura en su casa? Sí No

Las preguntas que aparecen a continuación nos ayudarán a evaluar su solicitud y comprender sus capacidades funcionales. Piense en cada pregunta y determine si usted puede realizar las tareas de forma constante con un nivel razonable de esfuerzo y riesgo.

Siempre que responda A veces las respuestas deben tener una explicación.

6. ¿Tiene la capacidad de ver, leer, comprender y utilizar los horarios de autobuses necesarios para completar un viaje (esta pregunta no se refiere a estar acostumbrado al idioma inglés)?

- Sí A veces No EXPLIQUE: _____
-

7. ¿Puede caminar o usar un dispositivo de movilidad para acceder a paradas de autobús si hay encintado, áreas verdes o terreno irregular?

- Sí A veces No EXPLIQUE: _____
-

8. ¿Puede esperar 15 a 30 minutos en una parada de autobús o el Centro de Tránsito?

- Sí A veces No EXPLIQUE: _____
-

9. ¿Puede cruzar calles e intersecciones de manera segura con o sin semáforos?

- Sí A veces No EXPLIQUE: _____
-

10. ¿Puede comunicarse con el conductor del autobús para obtener información necesaria para completar su viaje?

- Sí A veces No EXPLIQUE: _____

11. ¿Puede subir y bajar del autobús con la rampa para silla de ruedas?

Sí A veces No EXPLIQUE: _____

12. ¿Puede determinar cuando el autobús llegó a la parada designada?

Sí A veces No EXPLIQUE: _____

13. ¿Lleva consigo un teléfono celular o es capaz de comunicarse de otra manera para pedir ayuda en caso de una emergencia en la parada de autobús o mientras viaja hacia y desde la parada de autobuses?

Sí A veces No EXPLIQUE: _____

14. ¿Puede mantener el equilibrio y tolerar el movimiento del autobús cuando está sentado?

Sí A veces No EXPLIQUE: _____

Acuerdo y autorización

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y correcta. Autorizo la divulgación de información sobre el diagnóstico y la capacidad funcional a EMBARK con el único fin de tomar una determinación con respecto a mi elegibilidad para el servicio EMBARK Plus de transporte especial para personas minusválidas. Comprendo que toda información personal y médica será confidencial y que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa puede ser motivo de la denegación de los servicios y beneficios de EMBARK.

Si se me aprueba para el servicio EMBARK Plus de transporte especial para personas minusválidas, acepto seguir las reglas y pautas de servicio establecidos por EMBARK e informar a EMBARK de inmediato sobre cualquier cambio en mi residencia, número de teléfono, información de contacto de emergencia, y todo cambio significativo en mi afección que podría afectar mi nivel de movilidad o elegibilidad para el servicio EMBARK Plus de transporte especial para personas minusválidas. Comprendo que el incumplimiento de los procedimientos de la Guía para el usuario de EMBARK Plus, el incumplimiento de las *Normas de conducta y la Política y los procedimientos de exclusión de tránsito* de EMBARK, o que mi afección en cualquier momento represente una amenaza directa para la salud o seguridad de los demás, pueden ocasionar la suspensión o finalización de los servicios o beneficios.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud fue completada por otra persona que no sea la persona que solicita certificación para la elegibilidad para EMBARK Plus, se debe completar la siguiente información:

Nombre: _____ Relación con el Solicitante: _____

Dirección postal: _____

Número de teléfono diurno: _____ Correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

¿Cómo sabré si mi solicitud ha sido aprobada? Después de recibir su solicitud, le enviaremos por fax una divulgación de información médica a su médico para obtener información acerca de su discapacidad. Después de que recibamos su información médica, evaluaremos su solicitud y le informaremos sobre su determinación de elegibilidad dentro de los 21 días. Si usted es elegible, recibirá una Guía para el usuario de EMBARK Plus con información sobre cómo programar un traslado. Si se determina que usted no es elegible, recibirá información sobre su derecho a apelar la decisión y las instrucciones para presentar una apelación de elegibilidad. Si no ha recibido su carta de determinación de elegibilidad en un plazo de 21 días, llámenos al 405-297-2372.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Como parte de su determinación de elegibilidad para el transporte especial para personas minusválidas, EMBARK se comunicará con su médico actual para obtener información sobre su afección médica y sus capacidades funcionales. Por favor, indique el médico o profesional de atención médica con licencia más familiarizado con su afección. Toda la información recibida será confidencial y solo será utilizada por el personal de EMBARK Plus para determinar su elegibilidad para los servicios de transporte especial para personas minusválidas de la ADA. El hecho de negarse a esta divulgación evitará que EMBARK realice su determinación de elegibilidad y resultará en una denegación de su solicitud.

EMBARK NO PAGA POR INFORMACIÓN MÉDICA

NI LOS CARGOS POR COMPLETAR FORMULARIOS

Escriba en letra de imprenta y complete todos los espacios en blanco

Primer nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apellido del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono particular del paciente: _____ Celular: _____

Nombre del médico: _____

Nombre del consultorio/consultorio compartido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

La información utilizada o divulgada conforme a esta autorización puede estar sujeta a divulgación por parte del destinatario y dejará de estar protegida por la Regulación de privacidad.

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Comprendo que la falsificación de información puede derivar en la denegación del servicio EMBARK Plus. Autorizo al profesional de salud con licencia que se menciona arriba a divulgar a EMBARK Plus información sobre mi discapacidad y su efecto en mi capacidad funcional para viajar en los autobuses de ruta fija. A menos que antes se revoque por escrito, este formulario le permite al profesional que figura divulgar información a EMBARK hasta un año desde la fecha que aparece a continuación.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma de la persona que asiste al solicitante (si corresponde)

Relación con el Solicitante