



Solicitud de elegibilidad de Health Express

A partir del 1 de julio de 2015, todos los usuarios de Health Express deberán estar certificados como elegibles para usar el programa para que el Centro de Atención Telefónica pueda aceptar sus solicitudes de viaje. Los criterios de elegibilidad no han cambiado, para utilizar el programa Health Express, una persona debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser residente el Condado de Placer
y ser: 1. Mayor de 60 años;
o 2. Discapacitado.

El nuevo proceso de elegibilidad de Health Express exige a los usuarios presentar documentación que compruebe que son elegibles antes de solicitar un viaje, para que el proceso de reserva sea más eficiente y conveniente para todos los usuarios.

Aquí le explicamos cómo iniciar la certificación de elegibilidad para Health Express:

PASO 1 – Complete la Solicitud de elegibilidad de Health Express.

El Formulario de Solicitud debe ser completado por el solicitante o el representante del solicitante del viaje. El formulario se debe completar en su totalidad y estar firmado por el solicitante o, en caso de que éste sea menor de 18 años, deberá estar firmado por el tutor legal del solicitante.

Verifique que la solicitud esté completa. Las solicitudes incompletas demorarán la certificación.

PASO 2 - Envíe la solicitud completa junto con las copias de los documentos solicitados a:

Seniors First – HE Applications
12183 Locksley Lane, Suite 205
Auburn CA 95602

O lleve la solicitud completa a la oficina de Seniors First y revisaremos la solicitud y la documentación de respaldo mientras usted espera.

¿Tiene preguntas o desea completar la solicitud por teléfono o en persona?

Llame a Seniors First al (530) 889 – 9500, extensión 220 o por correo electrónico a Jenny@seniorsfirst.org.

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE HEALTH EXPRESS

Parte 1. Información general

Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2do nombre _____

Dirección _____ Unidad Nro. _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Teléfono - Casa (____) ____ - _____ Teléfono – Alternativo (____) ____ - _____

Tel. celular (____) ____ - _____ Correo electrónico _____ @ _____

Contacto de emergencia _____ Teléfono (____) ____ - _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Parte 2. Residencia

Para utilizar el Programa Health Express se debe ser residente del Condado de Placer. Presente alguno de los siguientes documentos como constancia de su residencia en el Condado de Placer:

- Marque el que presenta:
- Licencia de conducir o Identificación del Estado
 - Factura de un servicio público
 - Otro: _____

Parte 3. Información sobre su edad o discapacidad

Además de ser residente del Condado de Placer, para utilizar el Programa Health Express los usuarios deben ser mayores de 60 años o discapacitados.

1. **Elegibilidad por edad:** Si usted es mayor de 60 años, presente uno de los siguientes documentos como constancia de su edad:

- Marque el que presenta:
- Licencia de conducir o Identificación del Estado
 - Tarjeta de Medicare
 - Otro: _____

2. **Elegibilidad por discapacidad:**

A. Proporcione una descripción de su discapacidad:

B. ¿En qué medida su discapacidad afecta su capacidad para utilizar el transporte público?

C. ¿La discapacidad que describió anteriormente es? (marque solo una)

Permanente

Temporaria Si es temporaria, ¿cuánto tiempo estima que durará? ____ meses.

No lo sé

D. ¿Su discapacidad cambia de un día para otro dependiendo de determinadas circunstancias?

No

Sí

¿Cómo?

E. ¿Usted **requiere** un Asistente de Cuidado Personal (PCA) para viajar con usted a su lugar de destino fuera de su hogar?

Siempre

A veces

Nunca

F. ¿Viaja con un lazarillo¹?

Siempre

A veces

Nunca

G. Supervisión del usuario:

1) ¿Puede usted viajar sin riesgo sin que lo supervise otra persona que no sea el conductor?

Sí No

2) ¿Puede quedar sin supervisión una vez que llega a su lugar de destino?

Sí No

H. ¿Necesita asistencia especial para ir hacia el vehículo o desde el vehículo hasta su destino cuando usa Health Express?

Marque todas las que aplican.

Necesito asistencia especial desde mi residencia hasta el vehículo de Health Express.

Necesito asistencia especial para ir desde el vehículo de Health Express hasta mi destino.

I. ¿Cuál de los siguientes equipos o aparatos de movilidad utiliza cuando viaja a destinos fuera de su hogar?

Ninguno

Caminador

Bastón blanco

Silla de ruedas manual

Bastón

Lazarillo

Silla de ruedas eléctrica

Muletas

Oxígeno portátil

¹ “Lazarillo” significa un perro que guía, que señala, o cualquier otro animal entrenado individualmente para trabajar o realizar tareas para una persona con una discapacidad, por ejemplo, entre otras cosas, guiar a las personas con problemas de visión, alertar a las personas con problemas de audición frente a un intruso o ruido, brindar una protección mínima o tarea de rescate, empujar una silla de ruedas o coger objetos que se caen. [49 CFR Parte 37, Subparte A, Sección 37.3]

Scooter de 3 o 4 ruedas

Aparato ortopédico

Prótesis

Otro (especifique) _____

¡AVISO IMPORTANTE!

Health Express no puede garantizar su capacidad para transportar a una persona si la silla de ruedas o scooter mide más de 48 in (1,20 m) de largo o 30 in (80 cm) de ancho, o si su peso total con la silla de ruedas supera las 600 libras (272 kg). Cuando se superan estas dimensiones, el transporte se determinará según la capacidad del vehículo y de levantamiento.

La elegibilidad para usar Health Express podrá otorgarse debido a la discapacidad de una persona, para ello, deberá presentar ya sea un comprobante aceptable de discapacidad emitido por otra agencia o una certificación de su discapacidad firmada por su médico o profesional de la salud.

Documentación de discapacidad: Presente uno de los siguientes documentos como constancia de la certificación de su discapacidad por parte de otra agencia o complete el Formulario de certificación de discapacidad de Health Express que se adjunta.

Marque el que presenta:

Documentación actual de Certificación de Paratránsito de ADA

Carta actual de otorgamiento de SSI/SSDI

Recibo válido de Placa para Discapacitados del DMV de California

Documentación de discapacidad relacionada con el servicio militar del Dpto. de Asuntos de Veteranos

ID actual de Descuento de Tránsito para Discapacitados

Otro: _____

Si puede presentar cualquiera de los documentos indicados anteriormente como constancia de su discapacidad, OMITA la Parte 4 y continúe con la Parte 5.

Parte 4. Formulario de certificación de discapacidad de Health Express

Información a completar por el solicitante:

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Por la presente, autorizo a la persona que se indica a continuación a revelar a Seniors First/Health Express información médica u otra información pertinente sobre mi discapacidad. La información divulgada se utilizará únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir los servicios de Health Express.

Firma

Fecha

Información a completar por el Proveedor de Atención Médica, Trabajador Social o Consejero que representa una reconocida organización para discapacitados

La persona que se indica anteriormente solicita utilizar los servicios de transporte médico no urgente de Health Express. El servicio Health Express está disponible para los residentes del Condado de Placer que son mayores de 60 años o son discapacitados, según se define en las reglamentaciones federales:

El término "discapacitado" significa una persona que, por motivo de enfermedad, lesión, disfunción congénita u otra incapacidad o discapacidad permanente o temporal, incluidas las personas no ambulatorias que están confinadas a una silla de ruedas y las personas con capacidades semi-ambulatorias, no puede utilizar las instalaciones y los servicios de transporte masivo sin instalaciones especiales o sin una planificación o un diseño especial con la misma eficacia que las personas que no están afectas. [49 CFR Parte 609 Subsección 609.3]

Para poder procesar esta solicitud, por favor suministre la siguiente información:

Describa la discapacidad de esta persona:

¿En qué medida la discapacidad de esta persona afecta su capacidad para utilizar el transporte público?

Su discapacidad es **Permanente** (enfermedad con absolutamente ninguna expectativa de mejora)

O **Temporal** (se estima que durará desde _____ hasta _____)

Certifico que _____ cumple con los criterios de elegibilidad como discapacitado de transporte.

Nombre: _____ **Licencia Nro.:** _____

Organización: _____ **Teléfono:** (____) ____ - _____

Dirección de la organización: _____

Ciudad: _____ **C.P.:** _____

Declaro bajo pena de condena por falso testimonio de acuerdo con las leyes del Estado de California que la información suministrada es veraz.

Firma _____ **Fecha** _____

Parte 5. Firma

A. Firma del solicitante

Entiendo que el objetivo de la Solicitud es determinar si soy elegible para usar el transporte médico no urgente a través del Programa Express Health. Certifico que la información suministrada por mí en la solicitud es veraz y completa y que la solicitud me será devuelta en caso de no estar completa, con la consiguiente demora en el procesamiento. Entiendo que la falsificación o tergiversación de los hechos puede dar lugar a la negativa a brindarme servicios. Entiendo que mi profesional de la salud podrá solicitarme más información sobre mi discapacidad o enfermedad para ayudar a determinar si soy elegible para el programa y autorizo la revelación de dicha información por parte del profesional indicado a tal fin.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

(Los solicitantes deben ser mayores de 18 años para firmar independientemente. De lo contrario, deberá firmar un tutor).

B. Representante del solicitante

Si esta solicitud fue completada por una persona distinta del solicitante, deberá suministrar la información que se indica a continuación:

Nombre: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Relación con el solicitante: _____ Fecha: _____