



Aplicación de elegibilidad de Health Express

Todos los pasajeros de Health Express necesitan ser certificados como elegibles para usar este Programa antes de que el centro de llamadas acepte sus solicitudes de viaje. Para usar el programa Health Express, un individuo debe ser:

- Un residente del Condado de Placer y:
1. 60 años de edad o más; o
 2. Deshabilitado.

El proceso de elegibilidad de Health Express requiere que las personas envíen documentación de su elegibilidad antes de solicitar un viaje, asegurando que el proceso de reserva sea más eficiente y conveniente para todos los pasajeros.

A continuación, le mostramos cómo iniciar su certificación de elegibilidad de Health Express:

PASO 1 - Complete la aplicación de elegibilidad de Health Express.

El solicitante o el representante del solicitante debe completar el formulario de solicitud. El formulario necesita ser completamente lleno y firmado por el solicitante o, si el solicitante es menor de 18 años, la solicitud necesita ser firmada por el tutor legal del solicitante.

Asegúrese de que la aplicación esté completa. Una solicitud incompleta retrasará su certificación.

Incluya copias de prueba de residencia y edad con la aplicación. Si es menor de 60 años, brinde certificación de discapacidad.

PASO 2 - Envíe su solicitud completa con copias de la documentación solicitada a:

Seniors First – HE Applications
P.O. Box 6090
Auburn, CA 95604

¿Pregunta? Contacte a Marilyn Lapkass de Seniors First por teléfono (530) 492 - 5413 o por correo electrónico a marilyn@seniorsfirst.org

APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE HEALTH EXPRESS

Parte 1. Información general

Apellido _____ Nombre _____ Inicial moderada _____

Dirección _____ Unidad # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono - Casa (____) ____ - _____ Celular (____) ____ - _____

Correo electrónico _____ @ _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Nombre de contacto de emergencia _____ Teléfono (____) ____ - _____

Correo electrónico Contacto de emergencia _____ @ _____

Parte 2. Residencia

Las personas necesitan ser residentes del Condado de Placer para usar el Programa Health Express. Envíe uno de los siguientes para documentar su residencia en el Condado de Placer:

- Verifique cual se envía: Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado
 Tarjeta de Medicare (seguro médico del estado)
 Otro: _____

Parte 3. Información sobre la edad

Además de ser residentes del Condado de Placer, las personas también necesitan tener 60 años o más o ser discapacitadas para usar el Programa Health Express.

Si tienes 60 años o más, envíe uno de los siguientes para documentar su edad:

- Verifique cual se envía: Licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado
 Tarjeta de Medicare (seguro médico del estado)
 Otro: _____

Si tiene menos de 60 años, consulte la Parte 6 para certificar la elegibilidad por discapacidad.

Parte 4. Necesidades de transporte

A. ¿Necesita un asistente de cuidado personal (PCA) para viajar con usted a destinos fuera de su hogar?

- Siempre A Vescas Nunca

B. ¿Viaja con un animal de servicio¹?

- Siempre A Vescas Nunca

C. Supervisión de un pasajero:

1) ¿Puede viajar de manera segura sin supervisión y con solo el conductor en el vehículo?

- Sí No

2) ¿Se puede dejarle sin supervisión en el destino de su viaje?

- Sí No

D. ¿Necesita asistencia especial para ir o regresar del vehículo para usar Health Express?

Marque todo lo que corresponda.

Necesito asistencia especial yendo desde mi residencia al vehículo de Health Express.

Necesito asistencia especial yendo desde el vehículo de Health Express a mi destino.

E. ¿Cuál de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo usa cuando viajas a destinos fuera de su hogar?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Caminante | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Scooter de 3 o 4 ruedas | <input type="checkbox"/> Apoyos de pierna | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ | | |

F. ¿Está actualmente deshabilitado? (Marque solo uno)

- Permanente
- Temporal Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que dure? ____ Meses.
- No

G. ¿Su discapacidad cambia día a día bajo ciertas circunstancias?

- No Sí Cómo? _____

H. Por favor proporcione una descripción de su discapacidad y cómo su discapacidad afecta su capacidad para usar el transporte público.

Parte 5. Firma

¹ "Animal de servicio" significa cualquier perro de guía, perro de señal u otro animal entrenado individualmente para trabajar o realizar tareas para un individuo con una discapacidad, que incluye, entre otros, guiar a personas con problemas de visión, alertando a personas con problemas de audición a intrusos o suena, brinda protección mínima o trabajo de rescate, tira de una silla de ruedas o busca objetos caídos. [49 CFR Parte 37, Subparte A, Sección 37.3]

A. Firma del Aplicante

Entiendo que el propósito de la Solicitud es determinar si soy elegible para el transporte médico que no es de emergencia a través del Programa Health Express. Certifico que la información que proporciono en esta solicitud es verdadera y correcta y que la solicitud me será devuelta si no se completa, lo que retrasa el procesamiento. Entiendo que la falsificación o tergiversación de los hechos puede dar como resultado la denegación del servicio. Entiendo que es posible que se requiera información adicional de mi profesional de la salud relacionada con mi discapacidad o condición médica para ayudar a determinar mi elegibilidad y aprobar la divulgación de dicha información por parte del profesional designado para este fin.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____
(Los solicitantes deben tener 18 años para firmar de manera independiente. De lo contrario, se requiere la firma de un tutor).

B. Representante del Solicitante

Si alguien que no sea el solicitante completó esta solicitud, se debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Numero de Telefono Diurno: _____

Relación con el Solicitante: _____ Fecha: _____

!! NOTA IMPORTANTE !!

Health Express no puede garantizar su capacidad para transportarlo si su silla de ruedas / scooter mide más de 48 pulgadas, mide más de 30 pulgadas o si su peso total, incluida la silla de ruedas, es más de 600 libras. El transporte sobre estas dimensiones vendrá determinado por las capacidades de elevación y del vehículo.

Parte 6. Elegibilidad Para Discapacitados

SOLO COMPLETE LO SIGUIENTE SI ES MENOR DE 60 AÑOS

Si es menor de 60 años, la elegibilidad de Health Express puede otorgarse en función de su discapacidad presentando evidencia aceptable de certificación de discapacidad por parte de otra agencia o una certificación firmada de su discapacidad por parte de un profesional médico o profesional de la salud.

Documentación de discapacidad: envíe uno de los siguientes documentos para documentar la certificación de su discapacidad por parte de otra agencia o complete el Formulario de certificación de discapacidad de Health Express adjunto.

Verifique cual se envía:

- Documentación actual de Certificación de paratransito de ADA
- Carta de adjudicación actual de SSI / SSDI
- Recibo válido del cartel DMV de California discapacitado
- Documentación del Departamento de Asuntos de Veteranos sobre la discapacidad relacionada con el servicio
- Identificación de Descuento de Tránsito actual por Discapacidad
- Otro: _____

Si puede proporcionar alguna de las documentaciones mencionadas anteriormente sobre su discapacidad, PASE la Parte 7.

Parte 7. Formulario de certificación de discapacitados de Health Express

Información que debe completar el solicitante:

El Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante: _____

Por la presente, autorizo a la persona mencionada a continuación para que lo divulgue a Seniors First / Health Express u otra información pertinente sobre mi discapacidad. La información divulgada se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de Health Express.

Firma

Fecha

Información que debe completar un proveedor de atención médica, trabajador social o consejero que represente a una organización reconocida para personas con discapacidad

La persona mencionada anteriormente está solicitando el uso de los servicios de transporte médico que no son de emergencia de Health Express. El servicio de Health Express está disponible para los residentes del Condado de Placer que tengan 60 años de edad o más o que estén incapacitados, según se define en las reglamentaciones federales:

"Discapacitado" se refiere a una persona que, por enfermedad, lesión, mal funcionamiento congénito u otra incapacidad permanente o temporal o discapacidad, incluidos los que no viajan en silla de ruedas y aquellos con capacidades semi-ambulatorias, no puede hacerlo sin especial instalaciones o planificación o diseño especial para utilizar las instalaciones y servicios de transporte masivo de la misma manera que las personas que no están tan afectadas. [49 CFR Parte 609 Subsección 609.3]

Para procesar esta solicitud, brinde la siguiente información:

Dé una descripción de la discapacidad de este individuo:

¿Cómo afecta esta discapacidad la capacidad del solicitante de utilizar el transporte público?

Es esta discapacidad [] Permanente (condiciones con, absolutamente ninguna expectativa de mejora)

O [] Temporal (duración esperada de _____ a _____)

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

Nombre: _____ **Licencia #:** _____

Organización: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____

Dirección de la organización: _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma

Fecha