



## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PILOTO TRIP-LINK

La información obtenida en esta solicitud se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa intercomunitario de reembolso de transporte (TRIP-LINK) y no se proporcionará a ninguna otra persona o agencia sin la aprobación previa por escrito del solicitante.

Para solicitar la elegibilidad:

1. El “pasajero” es el “solicitante”.

**Toda la información DEBE SER ACERCA  
de la condición y estilo de vida de el aplicante.**

- a• El “Solicitante” debe completar en su totalidad el formulario de solicitud.
- b• El Representante Legal o Tutor del “Solicitante” puede completar por el “Solicitante”.
- c• Si el “Solicitante” tiene un Representante Legal o Tutor, se debe adjuntar a esta solicitud la documentación legal que demuestre la Tutela.

2. Sus respuestas y explicaciones detalladas nos ayudarán a determinar si es elegible para el programa. Responda TODAS las preguntas o su solicitud se considerará incompleta. **Las solicitudes incompletas serán devueltas y no serán procesadas.**

3. El solicitante debe proporcionar una FIRMA en la última página de la solicitud. Si no hay firma en la última página, la solicitud no es válida y se le devolverá.

**Si el Solicitante tiene un Representante Legal o Tutor, se debe adjuntar a esta solicitud la documentación legal que demuestre la Tutela.**

4. Si el Solicitante tiene un Representante Legal o Tutor, se debe adjuntar a esta solicitud la documentación legal que demuestre la Tutela.

5. Es posible que se requiera que el solicitante envíe otros documentos que nos ayuden a comprender las capacidades. Toda la información proporcionada se mantendrá estrictamente confidencial.

6. El especialista y/o el comité de elegibilidad de TRIP-LINK revisarán la solicitud completa y aprobarán o denegarán la elegibilidad. Antes de llegar a una determinación, podemos solicitarle más información.

7. Si el comité de TRIP-LINK aprueba la solicitud, se enviará por correo un paquete con los detalles de los documentos que se deberán proporcionar a TranCare **antes de que comience el reembolso del millaje.**

---

ENVÍE LA SOLICITUD COMPLETA POR CORREO, FAX O CORREO ELECTRÓNICO A:

TRIP-LINK, 300 S. Columbia St. First Floor, Wenatchee, WA 98801

Fax: 888-990-7026 Correo electrónico: [triplink@trancarerides.org](mailto:triplink@trancarerides.org)

SOLICITUD DE TRIP-LINK

APLICACIÓN TRIP-LINK

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

(Primero) POR FAVOR IMPRIMA (Último)

(Todas las respuestas son confidenciales y se utilizan para recursos de datos con fines de financiación).

¿Cómo se enteró de TRIP-Link?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Domicilio del solicitante:

Nombre del complejo de viviendas (si corresponde):

\_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Unidad # : \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal del solicitante (si es diferente de la dirección particular):

Calle o Apartado Postal: \_\_\_\_\_ Unidad # : \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal/preferido: ( ) Otro teléfono: ( )

Dirección de correo electrónico del solicitante:

Fecha de nacimiento: // Género asignado al nacer: Femenino Masculino

Idioma principal del solicitante:

Inglés Español Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

¿Necesita la asistencia de un intérprete si el idioma principal no es el inglés?

Sí ¿Qué idioma? \_\_\_\_\_ No

Solicitante por favor responda: ¿Con quién vive?

Vivir solo

Con cuidador pagado

con cónyuge

En un centro de enfermería especializada

Con otros miembros de la familia

En un centro de vida asistida/hogar familiar para adultos

Con amigos

Otro \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia para el solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre (alguien que no sea su conductor) Teléfono

Relación contigo:

\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

Solicitante (NOMBRE \_\_\_\_\_)

Solicitante:(APELLIDO \_\_\_\_\_)

POR FAVOR IMPRIMIR

¿Cómo se enteró de TRIP-Link?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Domicilio del solicitante:

Nombre del Conjunto de Vivienda (si aplica):

Calle: \_\_\_\_\_ Unidad # : \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal del solicitante (si es diferente de la dirección particular):

Calle o Apartado Postal: \_\_\_\_\_

Unidad # : \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono principal/preferido: ( ) Otro teléfono: ( )

Dirección de correo electrónico del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: / /

Género asignado al nacer:  Femenino  Masculino

Idioma Principal del Solicitante:  Inglés  Español  Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

¿Necesita la asistencia de un intérprete si el idioma principal no es el inglés? \_\_\_\_\_

**Solicitante por favor responda: ¿Con quién vive?**

- Vivo solo
- Cuidador pagado
- Con cónyuge
- En un centro de enfermería especializada
- Con otros miembros de la familia
- En un centro de vida asistida/hogar familiar para adultos
- Con amigos
- Otro \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia para el solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono (alguien que no sea su conductor voluntario)

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Teléfono principal/preferido: ( ) \_\_\_\_\_ Otro teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Está usted empleado?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es su número de teléfono del trabajo?

\_\_\_\_\_

¿Eres un veterano?  Sí  No

Arreglos de vivienda:

¿Con quien vives?  Vive solo  con un cuidador pagado  con su cónyuge  con amigos

en un asilo de ancianos  con otros miembros de la familia  en un centro de vida asistida/hogar familiar para adultos

Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene un cuidador de apoyo en el hogar?

Sí  No En caso afirmativo, ¿están aprobados para conducir/proporcionar viajes para usted?

Sí  No

¿Un miembro de la familia lo lleva a los lugares a los que necesita ir?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿este miembro de la familia vive con usted?  Sí  No

¿Qué tan cerca vive su familiar más cercano? \_\_\_\_\_

¿Un miembro de la familia lo lleva a los lugares a los que necesita ir?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿este miembro de la familia vive con usted?  Sí  No

Su discapacidad/condiciones relacionadas con la salud: (Las respuestas son confidenciales y se utilizan para financiar recursos y potencial para nuevos servicios)

¿Está discapacitado de alguna manera?  Sí  No

En caso afirmativo, sus condiciones de salud son:  Permanente  Temporal

¿Sus condiciones de salud son verificadas por un médico?

Sí  No En caso afirmativo, ¿cuándo se verificaron? \_\_\_\_\_

Mes año

¿Puede conducir un vehículo de su propiedad?

No tengo vehículo  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuáles son sus limitaciones o restricciones?

---

---

---

¿Está registrado en algún servicio de transporte alternativo o especial para personas con discapacidades (como People for People, Link Plus, Link Transit DART)?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre de la agencia y la dirección a continuación: (Consulte el anexo A para obtener una lista de posibles agencias de servicios)

---

---

---

---

---

¿Puede usar el transporte público (autobuses) o servicios especiales de transporte para personas con discapacidades (como Link Plus o DART)?

Sí  No  No hay transporte disponible donde vivo

¿Es usted capaz física/mentalmente de pararse a esperar el transporte público?  Sí  No

Si alguna, explique brevemente las condiciones/limitaciones/discapacidades relacionadas con la salud que le impiden usar transporte público (autobuses) o servicios especiales de transporte para personas con discapacidades (como Link Plus, People for People) ya sea parte o todo el tiempo:

---

---

---

---

---

¿Cómo afectan sus condiciones de salud su viaje mensual?

---

---

---

---

Indique las ayudas para la movilidad que utiliza habitualmente:

Bastón  Andador  Silla de ruedas  Otro

¿Su dispositivo de ayuda para la movilidad es demasiado grande?  Sí  No ( ) N/A

En el último mes, ¿cuántas veces vio y pasó tiempo con su familia (esto es para determinar el aislamiento):

Diariamente  Una vez a la semana  Una vez cada dos semanas  Una vez al mes  
 Nunca  Otro

¿Cómo ha podido satisfacer actualmente sus necesidades de transporte?

---

---

¿Ha faltado recientemente a alguna cita médica debido a la falta de transporte?  Sí  No

Si tienes una discapacidad, enumere y explique las discapacidades que cree que lo calificarían para el programa:

---

---

---

---

---

---

¿Cómo cree que TRIP-Link satisfará sus necesidades?

---

---

---

---

¿Ha identificado un conductor voluntario potencial si está aprobado para participar en el programa?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es su relación con el conductor voluntario?

- Amigo  Vecino  Cuidador  Pariente

Opcional: La siguiente información nos ayuda con nuestros recursos de financiación:

Tu etnia:

- No hispano o latino  Hispano o latino  Rechazo declarar

Tu carrera:

- Blanco  
 Afroamericano o negro  
 Indio americano o nativo de Alaska  
 Asiático  
 Isleño del Pacífico  
 Declinar declarar  Otro

¿Cual es su ingreso mensual?

- \$957 o menos  \$958 - \$1,148  \$1,149 - \$1,291  \$1,292 o más

**Solicitante:**

**La siguiente información nos ayuda a determinar la cantidad de millas que se le pueden otorgar mensualmente para apoyar sus necesidades de transporte:**

**Solicitante por favor responda:**

**VIAJES MÉDICOS: Enumere los tipos (ejemplos: atención primaria, fisioterapia, dentista, farmacia, etc.),**

**Tipo: (Ejemplo) Dentista                      Frecuencia: (Ejemplo) Dos veces al año**

**Dirección: (Ejemplo) 1234 Main Street, Main Town, WA 00009**

**Tipo:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_

**Tipo:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_

**Tipo:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia:** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_

**¿A qué otros propósitos y destinos le gustaría viajar y con qué frecuencia?**

Nombre de banco que usa: \_\_\_\_\_

Con que frecuencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Religioso : \_\_\_\_\_ Con que frecuencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**(Cont.) ¿A qué otros propósitos y destinos le gustaría viajar y con qué frecuencia?**

Tienda : \_\_\_\_\_ Con que frecuencia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Tienda : \_\_\_\_\_ Con que frecuencia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_ Con que frecuencia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

---

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:

Informacion tomada por: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Ubicacion: \_\_\_\_\_



**Programa Intercomunitario de Reembolso de Transporte  
Solicitud de Certificación y Formulario de Exención de  
Responsabilidad**

He revisado mi solicitud para participar en TRIP-Link y certifico que es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que el personal de Trip Link hará un seguimiento conmigo para adquirir cualquier información adicional necesaria para procesar mi solicitud. Entiendo que la información que brindo se tratará de manera confidencial, solo se utilizará para determinar mi elegibilidad inicial y continua para el programa, y se conservará como parte permanente de mi archivo de servicio. Autorizo a los representantes de Trip Link a contactar a las personas que he nombrado para realizar otras consultas según sea necesario para verificar la información que he proporcionado.

Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis habilidades funcionales para determinar mi elegibilidad para este programa. También entiendo que el personal de TRIP-Link puede estar verificando la información proporcionada en esta solicitud (como en la participación en la atención domiciliaria).

Entiendo que la política de Trancare y Trip Link es perseguir cualquier caso presunto o presunto de fraude. Se comete una "reclamación fraudulenta" cuando un consumidor, un miembro de su familia o una persona no relacionada, como su cuidador o un conductor voluntario, hace una representación falsa de un hecho presente o pasado, lo que resulta en la liberación de fondos.

Acepto cumplir con todas las políticas de Trip Link, según se me comunique, incluidas las políticas en el manual de TRIP-Link, y reconozco que mi incumplimiento de las políticas de TRIP-LINK puede resultar en la terminación de los servicios.

Reconozco que ser conducido por otros es una actividad inherentemente peligrosa y que mi participación en este programa podría implicar algún peligro para mi persona o propiedad, o la persona o propiedad de otros. En consideración a mi participación en TRIP-Link, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a Trancare, Trip Link, sus funcionarios, directores, agentes, empleados y voluntarios, así como a todas y cada una de las organizaciones, agencias o personas que brinden fondos o apoyen a TRIP-LINK, de cualquiera y todos los reclamos, pérdidas y responsabilidades (incluidos los costos y los honorarios de abogados) por daños a la propiedad o lesiones o muerte a mí mismo o a otros que surjan o estén relacionados de alguna manera con mi participación en el programa.

Solicitante:

\_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

NOMBRE IMPRESO

**(Si no puede firmar, marque con una X. Consulte la identificación del testigo a continuación. \*)**

**Si no hay firma, la solicitud no es válida y se le devolverá.**

Si es un Representante Legal o Tutor, el Representante Legal o Tutor:

\_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

NOMBRE IMPRESO

¿Cuál es su relación con el solicitante?

- PODER LEGAL
- GUARDIÁN: (Se requiere copia del documento legal)

\*Si el Solicitante (Pasajero) no puede firmar, el Intérprete o Testigo debe imprimir y firmar aquí:

\_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_  
NOMBRE IMPRESO

ANEXO A:

People for People, transporte médico de no emergencia:  
800-233-1624  
Yakima, Washington

Leavenworth Dial A Ride  
2700 Euclid Avenue  
Wenatchee, WA 98801

Chelan Dial A Ride  
2700 Euclid Avenue  
Wenatchee, WA 98801

Agency In Home Care services:

ResCare

Beneficial

Serengeti

Visiting Angels

Aging & Adult Care of Central WA