



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

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: _____

Otro: _____ Con que frecuencia: _____

Direccion: _____

Otro: _____ 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