

Tarjeta # _____

Solicitud para el Programa de Transporte

Nombre Legal: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Apto. # _____ Ciudad: _____ CP: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

Género: Hombre Mujer
Pronombres: _____

Se requiere una copia de Identificación Emitida por el
Estado para
procesar esta solicitud

Veterano: Sí No

Etnicidad:

Hispano/Latino
 NO Hispano/Latino

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Raza Negra o Africanoamericano
 Nativo de Hawái o Islas del Pacífico
 Blanco
 Prefiero no decir

¿Cómo se enteró de LINC? _____

¿Necesita acomodaciones para la comunicación? Si así es, ¿qué? (Braille, Letra Grande, Interprete, Subtítulos): _____

Esta sección DEBE completarse y firmarse por un profesional médico, como un médico. Esta sección se aplica a los solicitantes menores de 60 años que tengan una discapacidad.

¿La condición de discapacidad es Permanente o Temporal?

Fecha de Finalización Proyectada (para las discapacidades temporales): _____

Nombre del (de la) Proveedor y Organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Como un(a) profesional de atención médica con licencia, certifico que este solicitante tiene una discapacidad que le impide o limita seriamente su habilidad de manejar/conducir.

Firma: _____

Cosas que usted necesita saber:

- Esté preparado para proveerle su Tarjeta de Transporte LINC a su chofer/conductor.
- Su Tarjeta de Transporte LINC se puede usar para pagar parte o todo su viaje (dependiendo de los fondos disponibles en su tarjeta.)
- Proteja su Tarjeta de Transporte LINC como si fuera dinero en efectivo. Los reemplazos requieren mucho tiempo y pueden resultar en una tarifa de reemplazo. Si se pierde o se roban su tarjeta, o si usted se muda o cambia su número de teléfono, por favor póngase en contacto con LINC inmediatamente.



Formulario de Elegibilidad de/la Consumidor(a) de LINC

Yo, _____, declaro que tengo la(s) siguiente(s)
discapacidad(es)

_____ Discapacidad Primaria

_____ Discapacidad Secundaria

Mi(s) discapacidad(es) me limita(n) sustancialmente de funcionar de manera independiente en la(s) siguientes áreas(s):

cuidado personal

empleo

movilidad

vivienda

educación

otro (especifique): _____

Los servicios que estoy pidiendo me ayudarán (marque todos los que correspondan):

Mejorar mi habilidad para funcionar en mi hogar y/o comunidad

Mantener mi habilidad para funcionar en mi hogar y/o comunidad

Obtener, mantener, o avanzar en mi empleo

Entiendo que es mi opción para que me presten los servicios bajo de un Plan de Vida Independiente (ILP, por sus siglas en inglés), un plan formal que establece mis metas y los servicios que recibiré o puedo elegir para renunciar al plan. Yo elijo:

Plan de Vida Independiente Renunciar al Plan de Vida Independiente

Firma de/la Consumidor(a)

Fecha

Al firmar más abajo, determino como representante de LINC que el/la solicitante es elegible para los servicios y ha cumplido con los requisitos básicos especificados en la Sección 364.40.

Firma de Especialista de IL

Fecha



Los Derechos y las Responsabilidades Individuales

_____ Entiendo que se mantendrá un registro escrito con respecto a las actividades, metas, servicios y préstamos con LINC y que puedo cambiar mi plan en cualquier momento. Esta información es privada y protegida por las leyes de HIPAA. Puede pedir detalles sobre estas leyes en cualquier momento.

_____ Este plan es acerca de mí, y **mis** sueños y metas. Entiendo que lograrlos requerirá la participación y cooperación activas. Esto incluye el mantener las citas, actividades programadas, mantener la información de contacto actualizada y cualquier tarea necesaria que sean parte de mi Plan de Vida Independiente (ILP, por sus siglas en inglés).

_____ Entiendo que un miembro del personal de LINC puede cerrar mi archivo en cualquier momento, incluso cuando yo no haya participado activamente, por cualquier actividad ilegal, o cualquier amenaza o violencia real.

_____ Recibí una copia de la información del Programa de Asistencia al Cliente (CAP, por sus siglas en inglés) para obtener ayuda para resolver cualquier problema o queja del consumidor.

_____ Daré mis comentarios sobre mis servicios y capacitación si me dan una encuesta de satisfacción.

_____ Tengo derecho a apelar cualquier decisión que LINC tome poniéndome en contacto con el Director de IL

_____ Sé que puedo pedir comunicaciones en un formato alternativo (Braille, Letra Grande, Subtítulos, Interpretación, etc.)

_____ En caso de que no esté satisfecho con mis servicios de LINC, puedo comunicarme con el Director de Innovación de Vida Independiente o el Director Ejecutivo al (208) 336-3335.

_____ Fecha: _____
Firma de/la Consumidor(a)

_____ Fecha: _____
Firma del personal de LINC