

Solicitud del Programa de Transporte LINC

Nombre legal: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Apto. # ____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Correo electrónico: _____

Género: Masculino Femenino
Pronombres: _____

Se requiere una copia de una identificación emitida por el estado para procesar la solicitud.

Veterano: Si No

Raza: Indígena americano/nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o afroamericano
 Nativo de Hawái o isleño del Pacífico
 Blanco
 Prefiero no decir

Etnicidad:

Hispano/Latino
 NO Hispano/Latino

¿Cómo se enteró de LINC? _____

¿Necesita adaptaciones para la comunicación? Si es así, ¿cuáles? (Braille, letra grande, intérprete, subtulado): _____

Sección obligatoria para personas menores de 60 años

La discapacidad es: Permanente Temporal

Fecha proyectada de finalización de la discapacidad: _____

Nombre del proveedor y organización: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Como profesional de la salud con licencia, certifico que este solicitante tiene una discapacidad que le impide o limita gravemente su capacidad para conducir.

Firma: _____

Título VI de la Ley de Derechos Civiles

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color u origen nacional en cualquier programa o actividad que reciba fondos federales u otra asistencia financiera federal. El programa de transporte de LINC recibe fondos federales y debe cumplir con el Título VI. Para más información o para presentar una queja, llame al (208) 336-3335 o visite www.lincidaho.org/transportation para conocer el proceso y formulario de quejas.

Tarjeta # _____ (Para uso exclusivo del personal de LINC)



Formulario de Elegibilidad para Consumidores de LINC

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

Discapacidad primaria

Discapacidad secundaria

Mi(s) discapacidad(es) me limita(n) significativamente para funcionar de manera independiente en las siguientes áreas:

Cuidado personal

Empleo

Movilidad

Vivienda

Educación

Otra (especifique): _____

Los servicios que solicito me ayudarán a: (marque todas las opciones que correspondan)

Mejorar mi capacidad para funcionar en mi familia o comunidad

Mantener mi capacidad para funcionar en mi familia o comunidad

Obtener, mantener o avanzar en el empleo

Entiendo que es mi elección recibir servicios bajo un **Plan de Vida Independiente (ILP)**, un plan formal que establece mis objetivos y los servicios que recibiré, o puedo optar por renunciar a dicho

Elijo:

Plan de Vida Independiente Rechazar el Plan de Vida Independiente

Firma del consumidor

Fecha

Al firmar a continuación, determino, como representante de LINC, que el solicitante es elegible para recibir servicios y ha cumplido con los requisitos básicos especificados en la Sección 364.4.

Firma del Especialista de IL

Fecha



Derechos y Responsabilidades Individuales

_____ Entiendo que se mantendrá un registro escrito sobre mis actividades, metas, servicios y préstamos con LINC. Toda la información compartida entre LINC y yo está protegida de acuerdo con las leyes de HIPAA. Puedo solicitar detalles sobre estas leyes en cualquier momento..

_____ Este plan trata sobre mí, mis sueños y mis objetivos para lograr y/o mantener mi independencia. Puedo modificar mi plan en cualquier momento. Entiendo que alcanzarlos requerirá participación activa y cooperación. Esto incluye asistir a citas, actividades programadas y completar cualquier tarea necesaria como parte de mi **Plan de Vida Independiente (ILP)**.

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

_____ He recibido una copia del **Programa de Asistencia al Cliente (CAP)** para obtener ayuda en la resolución de cualquier problema o queja como consumidor.

_____ Brindaré mi opinión sobre los servicios y capacitaciones si se me proporciona una encuesta de satisfacción.

_____ Tengo el derecho de apelar cualquier decisión tomada por LINC comunicándome con el Director de Vida Independiente.

_____ Sé que puedo solicitar comunicaciones en un formato alternativo (braille, letra grande, subtítulo, interpretación, etc.).

_____ Entiendo que, en caso de estar insatisfecho con los servicios recibidos o si deseo apelar cualquier decisión tomada por LINC, puedo comunicarme con el **Director de Innovación en Vida Independiente** o el **Director Ejecutivo** al (208) 336-3335.

_____ Fecha: _____
Firma del consumidor

_____ Fecha: _____
Firma del personal de LINC