

# Access2Care

## Formulario de Evaluación de Viajes

Plan de Salud \_\_\_\_\_ Numero de ID# \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Numero Telefono # ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

TDD# \_\_\_\_\_

La información de contacto de la persona que solicita servicios en nombre del miembro:

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

Relación: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

### VERIFICACIÓN MÉDICA

**Requisitos federales establecen que los servicios de transporte médico no emergentes ser prestados con el menor costo, más nivel adecuado de servicio. La siguiente información es solicitada para determinar el nivel más apropiado de servicio de transporte para el individuo nombrado arriba. A menos que el participante tiene una discapacidad médica prevención que utilicen el transporte público, este será el primer nivel de servicio autorizado bajo este programa. Personal médico calificado deben dar fe de anular necesidad (coordinadores de servicios, los trabajadores sociales, no puede hacer determinaciones médicas). Para procesar la solicitud de este candidato para ser elegible para cualquier nivel de servicio distinto de bus. La siguiente sección debe ser completada por un médico autorizado.**

**AMERICANS WITH DISABILITIES ACT (ADA) CATEGORIAS:** Asegúrate de las categorías de elegibilidad que debe recomendar aplicar.

El individuo no puede, como resultado de un impedimento físico o *mental*, y sin la ayuda de otra, (*excepto el operador de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de embarque*), a bordo o andar, un autobús o tren accesible individuo vehículo.

El individuo tiene una condición específica relacionada con el deterioro, lo cual impide que la persona que viaja hacia o desde: Bus público; ferrocarril público; y / o de ruta fija paradas / estaciones.

Marque aquí, si ninguna de estas categorías se aplican.

### NIVEL RECOMENDADO DE SERVICIO DE TRANSPORTE:

Transporte público  Ambulatoria (sedán / taxi)  Otro \_\_\_\_\_

**ES ESTE IMPEDIMENTO:**  Permanente  Temporal

Si es temporal, la fecha de la discapacidad \_\_\_\_\_

Longitud de la recuperación \_\_\_\_\_

Comentarios \_\_\_\_\_

**EN BASE A LA DISCAPACIDAD INDIVIDUAL, RECOMIENDAN A CUIDADO ASISTENTE PERSONAL ACOMPAÑAR AL PARTICIPANTE EN CADA VIAJE?**  SI  No

**INDICAR LAS TAREAS RELACIONADAS CON EL USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO QUE EL PARTICIPANTE TENDRÍA SIGNIFICATIVO LOGRAR DIFICULTAD. MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:**

- No hay limitaciones que impidan el uso de autobús / servicio ferroviario
- Soportando clima cálido o frío
- El esperar treinta minutos
- Reconociendo una parada de autobús
- La identificación de un vehículo de transporte público
- Reconociendo destinos si paradas están marcados
- Entendimiento / manipulación billete de autobús (*tarjetas de embarque se proporcionan*)
- Manejo de los cambios en la rutina normal
- Escalada 1-3 Pasos
- Caminar más de \_\_\_\_\_ bloques (*debe estipular número de bloques*)

**Estas limitaciones se aplican:**  siempre  normalmente  de vez en cuando  raramente

**COMENTARIOS:**

---

---

---

**Información del profesional:**

**Imprimir o Tapiar Nombre del Médico** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

**Estado Licencia #** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Dirección de la oficina** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal** \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva el formulario completado a:**

**Access2Care**

**Attn: Public Transportation Services**

**Fax: 1-866-253-5250**

**Email: transit\_eval@gmr.net**

**Mailing Dirreccion de envio:**

**16331 Bay Vista Drive**

**Clearwater, FL 33760**

**Sección 3 - RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN**

NUEVO ELEGIBILIDAD  REDETERMINACIÓN NIVEL DE SERVICIO (LOS) \_\_\_\_\_

PCA NECESARIO  NIVEL DE SERVICIO VOLUNTARIO FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_

**INTRUCCIONES ESPECIALES:** \_\_\_\_\_

**FECHA RECIBIDO:** \_\_\_\_\_