

Lista de verificación & Solicitud de Elegibilidad

Gracias por su interés en LinkPlus, Link Transit servicio de paratransito.

LinkPlus opera los mismos días y horas que los autobuses de ruta fija regular y solo proporciona servicio dentro de las 3/4 de milla de esas rutas. Si no está seguro de si su dirección está dentro del área de servicio de 3/4 de milla, llame al 509-662-1155

Si usted está buscando elegibilidad para los servicios, debe completar todo el proceso de solicitud requerido por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, incluyendo:

1. El formulario de solicitud (se requiere documentación adicional si alguien que no sea solicitante firma el formulario, que aparece en la página siguiente)
2. Formulario de consentimiento informado/liberación de verificación profesional
3. Evaluación de una entrevista personal.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, por favor llame al 509-662-1155.

LISTA DE VERIFICACION & INSTRUCCIONES

Todas las páginas de la solicitud completada deben devolverse al mismo tiempo. Antes de enviar el formulario de solicitud, por favor:

- Lea el folleto de LinkPlus incluido en el formulario de solicitud. Complete pages 1-7 of the application.
- Asegúrese de que el solicitante firme el formulario de solicitud en la página 6. Por favor, imprima claramente.
 - Si usted es menor de 18 años, su padre o Tutor Legal* está obligado a firmar la solicitud
- Asegurar que la "Liberación de Consentimiento Informado/Verificación Profesional" en la página 7 designe al menos un proveedor médico y haya sido completado, firmado y se incluya en la solicitud.
- Cualquier pregunta, comuníquese con Link Transit Guest Services al 509-662-1155.

*Si guardian legal o poder notarial firmará en su nombre, proporcione la documentación apropiada.

Notificación

Una vez completada, envíenos todas las páginas de la solicitud completa:

FAX: 509-664-4095 or

Correo: LinkTransit
Attn: Guest Services/LinkPlus
300 South Columbia
Wenatchee, WA 98801

Escanear y correo electrónico: guestservices@linktransit.com

Después de recibir y revisar su formulario de solicitud completado, Link Transit puede ponerse en contacto con usted para programar una entrevista en persona. Haremos determinaciones de elegibilidad dentro de los 21 días calendario a partir de la entrevista completada y le notificaremos por correo sobre cómo LinkPlus puede ayudarlo con sus necesidades de viaje.

INFORMACIÓN BÁSICA DE LINK

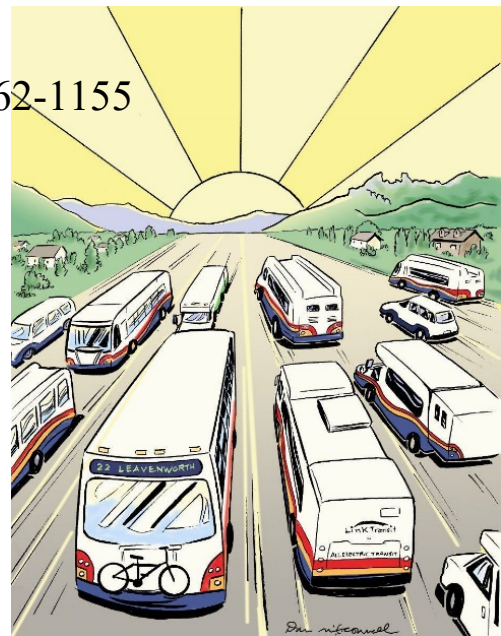
Teléfono de Servicios para Huéspedes: (509) 662-1155

Horas de funcionamiento

Lunes – Viernes: 6 a.m. to 6 p.m.
Sabado: 8 a.m. to 5 p.m.
Domingo: Guest Services está cerrado.

Más información y horarios de ruta:

En línea www.linktransit.com/services



¿LO SABÍAS?

Link Transit ofrece entrenamiento gratuito para aprender a usar el autobús estándar! La participación en la capacitación de viajes no es una base para limitar o negar su elegibilidad para LinkPlus. ¿Te interesa? ¡Llame para su entrenador personal del viaje hoy en (509) 662-1155!



SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE LINKPLUS

OFFICE USE ONLY:

ID NUMBER: _____ ADA: 1 3 T PCA Y/N Re-Cert to: _____ eCO__ FMP__

LinkPlus asegura la no discriminación de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Para obtener más información, visite www.linktransit.com/more_about_link_transit/
Todos los números de teléfono son accesibles para personas sordas o con dificultades auditivas a través de WA State Relay 711. Para solicitar formatos alternativos de este documento, por favor llame 509-662-1155.

Informacion Personal

Apellido: _____ Nombre _____ I. _____

Alias _____ Fecha de Nacimiento _____

Masculino Femenino Prefiere Ingles Espanol o Otro? _____

Direccion Fisica _____ Apt./Sp. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo _____

Numero de telefono de casa(_____) _____

Celular (_____) _____

Cual es la direccion de correo? (Si es diferente de la direccion Fisica):

Direccion _____ Estado _____ Codigo _____

Correo electronico _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relacion _____

Numero de casa (_____) _____ Celular (_____) _____

Si no podemos ponernos en contacto con usted, por favor enumere un contacto alternativo:

Contacto Alternativo: (si es diferente del contacto de emergencia)

Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de telefono (_____) _____ Celular (_____) _____

Al proporcionar números de emergencia/alternativos, usted autoriza a Link Transit o a sus representantes a ponerse en contacto con las personas enumeradas con respecto a su servicio de paratransito.

Elija la opción A o B:

A: Incluye una lista de tus diagnósticos médicos actuales del consultorio del médico. Esta opción puede acelerar el proceso de solicitud. (Debe ser un documento oficial de su expediente médico o médico.) **O**

B: Complete esta página. Compruebe cualquiera de las condiciones médicas siguientes que se aplican.

1. Condiciones de Huesos

___ Amputación ___ huesos rotos: *Fecha* _____ ___ Artritis ___ Osteo-artritis/Osteoporosis
 ___ Artritis reumatoide ___ Reemplazo de rodilla: *Fecha* _____ ___ Reemplazo de cadera: *Fecha* _____

2. Condiciones Musculares/nervio/cerebral

___ Demencia Tipo: _____ ___ Alzheimer's Etapa _____ ___ Multiple Sclerosis
 ___ Lesión cerebral: *Fecha* _____ ___ Parkinson's Etapa _____ ___ Distrofia Muscular
 ___ Ataque/Derrame cerebral: *Fecha* _____ ___ Neuropatía ___ Fibromyalgia
 ___ Paraplejia/Quadriplejia ___ Parálisis cerebral ___ Post-polio
 ___ Epilepsia/Ataques *¿Con qué frecuencia en los últimos 6 meses?* _____ ___ Vertigo/Mareo
 ___ Dificultades de memoria- Prueba de memoria reciente : *Fecha* : _____

Resultados: _____

3. Condiciones Medicas en General

___ Diabetes-Controlado/no controlado ___ Insuficiencia Renal ___ Dialisis:
 ___ Transplante de organo: *Fechas* _____ ___ *No. de veces semanal?*
 ___ Cancer: *Fecha* _____ *Tratamientos?* _____ ___ *No. de veces por semana?*

4. Condiciones Circulatorias y del Corazon

___ Insuficiencia cardiaca congestive ___ enfermedad cardiovascular ___ Ataque al corazon: *Fecha* ___
 ___ Toma Coumadin ___ Edema ___ Fibrilacion
 ___ Lleva Nitroglicerina ___ Cirugia Cardiaca/Transplante: *Fecha* _____

5. Condiciones Pulmonaarias y Respiratorias

___ Cancer Pulmonar ___ Fibrosis Quistica ___ Asthm ___ Emfisema -
 ___ Enfermedad pulmonary obstuctiva cronica(COPD) ___ Usa Oxigeno ___ 24/7 ___ Por Noche ___ Aveses

6. Condiciones Habla/ Vista/Oido

___ Perdida Parcial de oido ___ Legalmente Sordo ___ Habla Alterada ___ Glaucoma*
 ___ Vision Parcial* ___ Degeneracion Macular * ___ Cataratas * ___ Legalmente Ciego*
 ___ Deficiencia Visual*

**Conoces tu agudez visual? Ojo Derecho:* _____ *Ojo Izquierdo:* _____ *Combinado:* _____

Sería útil tener esta información de su oftalmólogo si usted tiene una discapacidad visual grave.

7. Discapacidades del dearrollo:

___ Síndrome de down ___ Discapacidad de aprendizaje ___ ADHD ___ Autista

8. Salud de Comportamiento: (por favor enumere a su proveedor de salud mental en el formulario de consentimiento en la página 7)

___ Bipolar ___ Esquizofrenia ___ Trastorno Esquizoafectivo ___ Trastorno de ansiedad

9. ¿Algo que nos perdimos?: Anote aqui _____

Sobre usted

1. Haciendo referencia a la página anterior o a su lista de diagnósticos médicos, ¿cuáles cree que son las 3 mejores condiciones que limitan su movilidad o capacidad de usar el transporte público?

a. _____ b. _____ c. _____

2. ¿Cómo cree que su discapacidad (de sus diagnósticos médicos) le impide viajar en el autobús? (use Anexo A si es necesario)

a. _____

b. _____

c. _____

3. ¿Sus limitaciones cambian de vez en cuando debido a tratamientos médicos, medicamentos o por otras razones?

No Si , por favor describa (use Anexo A si es necesario)

4. ¿Su necesidad de servicio LinkPlus es temporal o a largo plazo?

Largo PLazo Temporal – Cuanto tiempo: _____?

5. ¿Su memoria está afectada debido a su discapacidad/condiciones limitantes?

No Si Si marco "Si" Plazo Corto Largo plazo

6. ¿Actualmente viaja en el autobús regular? No Si A veces

Si ha marcado "A veces", por favor explique las circunstancias en las que viaja.

7. ¿Alguna vez ha usado el autobús regular sin la ayuda de alguien?

No Si Si Marco "Si", hace cuanto tiempo _____

SU MOVILIDAD

8. ¿Es capaz de:(Marque todo lo que corresponda)

- Viajar desde y hacia una parada de autobús? Si No
- Subir y bajar de un autobús equipado con rampa? Si No
- ¿Pedir, entender y/o seguir instrucciones? Si No
- Planear, entender y seguir adelante con las acciones necesarias para hacer un viaje en autobús? Si No

9. ¿Cuál de los siguientes equipos o ayudas de movilidad utiliza cuando sale de su casa? Marque todo lo que corresponda.

- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> muletas | <input type="checkbox"/> Scooter | <input type="checkbox"/> Otro (por |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Andadera | motorizado | favor |
| motorizada | <input type="checkbox"/> Baston Blanco | <input type="checkbox"/> Silla de rueda | especifique) |
| <input type="checkbox"/> Baston | | manual | _____ |

¿Más de una ayuda? Describa las circunstancias cuando utilice cada una.

Tipo de ayuda a la movilidad

Propósito

Si utiliza un dispositivo de silla de ruedas o scooter, por favor enumere la marca y el modelo : *(Si no está seguro, consulte el Anexo B para obtener ayuda.)*

10. LinkPlus puede no ser capaz de transportar ayudas de movilidad

- 30+ pulgadas de ancho
- 48+ pulgadas de largo
- 800lbs+ si este ocupado

¿Su ayuda a la movilidad supera alguna de estas mediciones?

- No Sí, así es. Explicar los detalles.

Si utiliza una silla de ruedas motorizada o un scooter motorizado, pase a la pregunta 13

11. Cuando caminas fuera de tu casa, ¿hasta dónde puedes caminar solo o con el uso de una ayuda para la movilidad como un bastón o un andador?

Numero de cuadras _____ Menos de 1 cuadra Ninguna Distancia

12. Si utiliza una silla de ruedas manual, ¿hasta dónde puede autoprobarse?
Numero de cuadras _____ Menos de 1 cuadra Ninguna Distancia

13. Si utiliza una silla de ruedas o scooter motorizada, ¿cómo le puede viajar sin alguien que le ayude físicamente?
Numero de Cuadras _____ Menos de 1 cuadra Ninguna Distancia

14. Algunos pasajeros necesitan tener los pies elevados o su silla en una posición reclinada. ¿Puede su silla permanecer en posición vertical o sentada con los pies hacia abajo durante el viaje en autobús? Si No, por favor explique:

15. ¿Tiene su residencia una rampa aprobada y/o un camino plano y liso para llegar desde su puerta al autobús? Yes No. por favor explique:

16. Si califica para los servicios de LinkPlus, necesitará:
¿Utilizar el ascensor (en lugar de una rampa o escalones) para abordar el autobús? No Si

Link Transit no proporciona cuidado de custodia. Los conductores sólo pueden proporcionar asistencia hacia y desde la puerta principal de una casa o negocio, siempre y cuando puedan mantener la línea de visión de su vehículo y sólo pueden llevar bolsas o paquetes que no excedan de 25 libras en peso combinado. Las personas que requieren asistencia mientras esperan, viajan en un vehículo o comprensión pueden tener un asistente de cuidado personal (PCA) viajar con ellos sin costo adicional.

17. ¿Tendrá que traer un ayudante (Asistente de Cuidado Personal)? No SI
 Algunas veces

¿Describir cómo le ayuda su asistente de cuidado personal?

18. Si hay algo más sobre su discapacidad /condición limitante que podría ayudarnos a entender mejor sus habilidades y limitaciones de viaje, por favor use el Anexo B

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar esta solicitud, usted autoriza la divulgación de información a Link Transit o a sus representantes para evaluar su elegibilidad para el servicio LinkPlus. Tenga en cuenta que usaremos sus respuestas para determinar su elegibilidad para el servicio LinkPlus.

Link Transit puede compartir su determinación de elegibilidad con otros proveedores de transporte, cuando se pida, para facilitar los viajes en otros distritos de tránsito.

Este formulario debe estar firmado por el solicitante o, en su caso, por el Tutor Legal del solicitante. Si el solicitante es menor de 18 años de edad, un padre o tutor legal debe firmar este formulario.

*Si un Tutor Legal firmará esta solicitud, se requieren los siguientes archivos adjuntos:
Copias de las Cartas de Tutela actuales y el documento del Guardián Designado del Tribunal.*

POR LA PRESENTE CERTIFICO bajo la pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma (requirida): _____ Fecha: _____

Por favor, marque uno.
 Apicante Tutor Legal Poder Judicial

Imprimir nombre: _____ No. de Telefono (____) _____

Si es un **guardián legal**, por favor adjunta documentación.

No se requiere documentación legal del **Poder Judicial** en este momento. Sin embargo, si es necesario se pueden solicitar copias.

ASISTENTE ALTERNATIVO (solo si no actúa como Guardián o POA)

Si usted está asistiendo o actuando como representante del solicitante por favor complete lo siguiente, Tenga en cuenta, el solicitante todavía debe firmar en la línea de firma anterior.

Nombre: _____ Phone: (____) _____

Relacion al aplicante: _____

Nombre de la instalación si corresponde:

Transit Evaluation **Informed Consent/Professional Verification Release Form**

Nombre del Solicitante: _____
Fecha de Nacimiento: _____
(Por favor imprima su nombre)

Para que Link Transit complete el proceso de solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con un médico u otro profesional para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor, identifique al profesional mejor capaz de verificar su capacidad funcional para utilizar los servicios de tránsito.

Los siguientes profesionales están familiarizados con mis discapacidades: **Por favor imprima**

Nombre del profesional: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código _____

Proporciona tratamiento para: _____

Nombre del profesional: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código _____

Proporciona tratamiento para: _____

Otro: Un amigo, familiar o proveedor de atención médica con el que desea que nos pongamos en contacto con usted que esté familiarizado con su necesidad de servicios de Link Plus.

Nombre: _____ Telefono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código _____

Relación: _____

"Certifico que la información que proporciono en esta evaluación es verdadera y correcta en la medida de mis posibilidades y se mantendrá confidencial y revisada sólo por aquellos que realizan la evaluación. Entiendo que Link Transit puede necesitar ponerse en contacto con el(los) profesional(es)/individuo(s) identificado(s) anteriormente(s) para ayudar en la determinación de elegibilidad. Por la presente autorizo a los profesionales/individuos anteriores a proporcionar a Link Transit cualquier información necesaria para completar esta solicitud."

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____
(Se requiere la firma del solicitante si no hay POA o Guardián legal.)

Firma del guardián/POA: _____ Fecha _____
(Adjunte una copia de los documentos de Tutela o POA)

Nombre de guardián/POA: _____
Por favor imprimir

Relación (si es aplicable) _____

Anexo B:

Nombre: _____ Fecha: _____

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE LINKPLUS

HOJA DE TRUCOS DEL AYUDANTE DE MOVILIDAD

Si necesita ayuda para determinar qué tipo de silla de ruedas manual, silla de ruedas eléctrica o scooter eléctrico, utilice un círculo de la imagen que más se parece a su dispositivo. A continuación, complete las respuestas en la página 3.

Silla de Rueda manual:



Silla de Rueda electrica



Scooter electrico

