



Solicitud de Elegibilidad para la Handi-Card

Envíe por correo, correo electrónico o fax su solicitud completa a:

Consejo de Gobiernos de Michiana (MACOG)
227 W. Jefferson Blvd.
1120 County City Building
South Bend, IN 46601

Teléfono: (574) 674-8894

Fax: (574) 239-4072

Correo electrónico: macogdir@macog.com

Visión general

MACOG ofrece tarifas reducidas a mitad de precio en todo momento en el servicio de ruta fija Interurbana a personas calificadas con discapacidades físicas o cognitivas, al igual que individuos con 65 años o más.

Es importante completar todas las partes de este formulario; solicitudes incompletas serán devueltas. Toda la información se mantendrá confidencialmente.

Tenga en cuenta: si tiene una tarjeta **MEDICARE**, puede utilizar su tarjeta como identificación para tarifas reducidas; no se necesita una HANDI-CARD. MACOG también acepta tarjetas de tarifa reducida de Transpo en todas sus rutas.

Las tarjetas de MEDICAID, del seguro social y cheques de discapacidad de MEDICARE no son válidos para recibir tarifas reducidas.

También se requerirá una identificación con foto.

Proceso de apelación

Las personas que no se sean elegibles pueden apelar la decisión por escrito, dentro de un periodo de 60 días de la fecha de su carta de determinación. Envíe apelaciones a:

Michiana Area Council of Governments (MACOG)
227 W. Jefferson Blvd.
1120 County City Building
South Bend, IN 46601

El Comité Asesor de Tránsito de Elkhart/Goshen revisará la documentación de elegibilidad y tomará una decisión final sobre su estatus de elegibilidad. Esta revisión concluirá dentro de los veintiún días de trabajo siguientes a la fecha en que se recibió la apelación. La persona que hace la apelación tiene el derecho de comparecer durante esta revisión.

PARTE B – Handi-Solicitud de elegibilidad

1. ¿Cuál es la naturaleza de su discapacidad o condición de salud? (Sea específico)

2. ¿Su discapacidad es permanente? Si No

3. Si no, ¿cuánto tiempo espera tener esta discapacidad?

4. Marque cualquier ayuda de movilidad que utilice (marque todas las que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Perro | <input type="checkbox"/> Scooter con motor |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> caminante |
| <input type="checkbox"/> Braces para las piernas | <input type="checkbox"/> Other _____ |

FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y MARQUE LAS QUE MEJOR DESCRIBEN SU NECESIDAD PARA UTILIZAR EL SISTEMA INTERURBAN TROLLEY. PUEDE MARCAR MÁS DE UNO.

- Utilizo el servicio de tranvía con frecuencia.
- Puedo usar el sistema a veces, si las condiciones son las correctas
- Tengo dificultades para entender y/o recordar todas las cosas que necesito para encontrar mi camino hacia y desde la ruta.
- Tengo una discapacidad temporal, que me impide llegar a la parada . designada
- Creo que podría aprender a viajar en el sistema de tranvía, si alguien . me enseñara

PARTE B – Handi-Solicitud de elegibilidad

- Tengo dificultad o no puedo subir escaleras y sólo puedo abordar si el tranvía con un ascensor o rampa.
- . Tengo una discapacidad visual, que me impide llegar e irme de la ruta
- La gravedad de mi discapacidad cambia día a día. Puedo viajar en el tranvía sólo cuando me siento bien.
- Tengo una condición médica grave. Mi condición resulta en un deterioro, lo que hace que sea imposible para mí utilizar el sistema de tranvía.

INFORMACIÓN SOBRE SU CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL SISTEMA DE TRANVIA

1. Si ahora utiliza el servicio de tranvía de ruta fija, ¿necesita la ayuda de otra persona para usarlo? (Marque uno)
- Siempre Al veces Nunca

2. Si necesitas la ayuda de otra persona para ayudar a su movilidad, ¿qué es lo hace esa persona por usted?

3. ¿Cuál aspecto de viajar en un tranvía de ruta fija es el más difícil para usted? (Ejemplo: El tranvía se mueve antes de que me siente, etc.) Por favor, liste tantas cosas como se le ocurran. Si necesita espacio adicional, utilice una hoja de papel y añada a la solicitud.

Certificación del solicitante

Certifico que he dicho la verdad al responder a esta solicitud y que la información que he proporcionado es correcta. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para obtener un HANDI-CARD para tarifas reducidas. Entiendo que falsificar a sabiendas la información resultará en la denegación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito será revelada a aquellos que realizan los servicios.

Entiendo que una determinación de elegibilidad se hará dentro de los 21 días de la fecha en que MACOG reciba mi solicitud. Entiendo que, si mi solicitud no es declarada elegible, puedo apelar dicha determinación dentro de 60 días de calendario y que se me informará de los procedimientos para tal apelación.

Entiendo que puede ser necesario ponerse en contacto con un profesional familiarizado con mis discapacidades con el fin de ayudar en la determinación de elegibilidad.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

¿Alguien te ayudó a rellenar este formulario? Sí No

Si marco si, Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación al solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono durante día: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PARTE C - Verificación profesional de atención médica/servicio social

Para que MACOG evalúe su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con un profesional para confirmar la información que ha proporcionado o para responder a cualquier pregunta adicional sobre sus discapacidades. Por favor, identifique a una persona que podría documentar su discapacidad completando la siguiente información y autorización.

El siguiente profesional es el **más familiarizado con mi discapacidad y mis habilidades funcionales para viajar en transporte público:**

Nombre y Apellido del Profesional

Dirección

Ciudad

Código postal

Teléfono

Fax

Correo electrónico

Marque la casilla apropiada para identificar la relación profesional:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> especialista en vida independiente | <input type="checkbox"/> médico |
| <input type="checkbox"/> quiropráctico | <input type="checkbox"/> asistente del médico |
| <input type="checkbox"/> consejera de salud mental | <input type="checkbox"/> psicólogo o psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Practicante de enfermería | <input type="checkbox"/> enfermera registrada |
| <input type="checkbox"/> ocupacional o fisioterapeuta | <input type="checkbox"/> consejero de rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> oftalmólogo u optometrista | <input type="checkbox"/> trabajador social |
| <input type="checkbox"/> especialista en orientación y movilidad | <input type="checkbox"/> Consejero de rehabilitación vocacional |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Autorizo la divulgación de la información requerida a MACOG para su certificación.

PARTE C - Verificación profesional de atención medica/servicio social

SÓLO PARA USO EN OFICINA

Determinación de elegibilidad: Aprobada Negada

ID# _____

Si fue negada, Razón de la inelegibilidad:

Si fue aprobada: Base para la elegibilidad:

FECHA _____

COMENTARIOS

PARTE C - Verificación profesional de atención medica/servicio social



Solicitud de Elegibilidad para la Handi-Card

Estimado profesional:

Su cliente/paciente está solicitando elegibilidad para la Tarjeta Handi del Tranvia Interurbano para recibir tarifas reducidas en el sistema Interurban Trolley. Su relación profesional con este solicitante lo califica de manera única para ayudar a aclarar su discapacidad.

La información que usted proporcione junto con la información del solicitante nos permitirá tomar una determinación apropiada para la elegibilidad. Toda la información se mantendrá confidencial.

Gracias por su ayuda. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al **(574) 674-8894**.

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿En qué capacidad conoce al solicitante?

2. ¿Cuánto hace que conoces al solicitante?

3. ¿Cuándo fue la última cita que usted o su agencia tuvo con el solicitante?

4. Discapacidad Primaria/Condición Médica:

PARTE C - Verificación profesional de atención medica/servicio social

5. Discapacidad Secundaria/Condición Médica:

6. ¿Son las condiciones del solicitante descritas anteriormente:

Permanente Temporal

Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que estas condiciones continúen?

7. ¿Utiliza el solicitante algún tipo de ayuda para la movilidad?

Sí No

En caso de si, qué tipo de ayuda::

He revisado toda la información contenida en esta solicitud y certifico que toda la información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y capacidad.

Nombre: _____ Título: _____

Agencia o Clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo, correo electrónico o fax su formulario completo a:

Michiana Area Council of Governments (MACOG)
227 W. Jefferson Blvd.
1120 County City Building
South Bend, IN 46601
Teléfono: (574) 674-8894
Fax: (574) 239-4072
Correo electrónico: macogdir@macog.com