

# INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA MATP- Evaluación de la solicitud



## Identificación del beneficiario

Apellido:	Nombre:	Iniciales:	Fecha de nacimiento:
N.º de Seguro Social:	N.º beneficiario de asistencia médica:	Teléfono:	
Dirección postal:			N.º de apartamento:
Ciudad:	Municipalidad:	Condado:	Estado: Cód. postal:
Contacto en caso de emergencia:		Parentesco:	Teléfono:

## Evaluación general para transporte

¿Habla inglés?  Sí  No Si responde "No", ¿qué idioma habla?

Tiene una licencia de conducir válida  Sí  No ¿Tiene un vehículo registrado legalmente, con seguro y que se pueda conducir?  Sí  No

¿Puede conducir para asistir a sus citas, o bien alguno de los miembros de su grupo familiar (o de otro grupo familiar) puede llevarlo a sus citas médicas?  Sí  No  
Si responde "No", explicar a continuación. (Deberá entregar documentos de respaldo.)

¿Tiene acceso al vehículo de un amigo o familiar?  Sí  No ¿Su amigo o familiar lo llevará a sus citas médicas?  Sí  No Si responde "Sí", ¿es de la zona?  Sí  No ¿Vive en otra ciudad?  Sí  No  
Si responde "Sí", indique el nombre y la dirección del amigo o familiar dueño del vehículo.

Si usted no posee o no tiene acceso a un vehículo, ¿cómo asiste a otras citas, cómo va de compras y cómo satisface otras necesidades personales? Describa a continuación.

¿Vive en una residencia para adultos mayores?  Sí  No ¿Vive en una residencia de cuidado personal?  Sí  No Si responde "Sí", ¿su contrato de atención incluye transporte?  Sí  No

¿Vive a 1/4 de milla o menos de una ruta del autobús?  Sí  No  No lo sé

¿Necesita un acompañante que lo ayude con el transporte?  Sí  No ¿Necesitará viajar con un intérprete?  Sí  No

¿Tiene algún tipo de discapacidad que requiera de adaptaciones especiales?  Sí  No

¿Existe algún motivo médico por el cual no pueda usar ninguno de los siguientes medios de transporte?  
Ruta fija  Sí  No Transp. para discapacitados  Sí  No Taxi  Sí  No

Evaluación de citas recurrentes											
Indique ubicaciones conocidas de servicios médicos que necesite	Distancia aproximada de su hogar	Cantidad de semanas por mes	Marque los días de la semana en que necesita transporte.							Horas de las citas, si las conoce	Comentarios
			Lun.	Mar.	Mier.	Jue.	Vier.	Sáb.	Dom.		

Evaluación de movilidad				
Naturaleza de la discapacidad (Marcar todas las que corresponda)	Uso de elementos de ayuda para desplazarse (Marcar todas las que corresponda)	¿El uso de este elemento es temporal?	Si es temporal, indique la fecha en que ya no lo necesitará	Comentarios y descripciones
Discapacidad para moverse	Silla de ruedas manual	Sí No		
Discapacidad auditiva	Silla de ruedas motorizada	Sí No		
Discapacidad visual	Escúter	Sí No		
Discapacidad cognitiva	Silla de ruedas sobredimensionada	Sí No		
Salud conductual	Andador	Sí No		
Sobrepeso considerable	Muletas	Sí No		
Otro	Dispositivo ortopédico	Sí No		
	Animal de servicio	Sí No		
	Otros (describir)	Sí No		

¿Su silla de ruedas tiene más de 30" de ancho, 48" de largo y está a más de 2 pulgadas sobre el suelo?  Sí  No  No corresponde

¿Su silla de ruedas pesa como máximo 600 libras cuando está ocupada?  Sí  No  No corresponde

¿Puede moverse para sentarse en un asiento?  Sí  No      ¿Necesita ayuda para moverse y sentarse en un asiento?  Sí  No

## Firma

**Comprendo que el objetivo de esta evaluación es ayudar a determinar el modo de transporte más adecuado y económico para mí. Comprendo que la información sobre cualquier discapacidad incluida en esta solicitud se mantendrá confidencial y solo se compartirá con los profesionales que participen en la evaluación de mi elegibilidad. Por la presente declaro que, a mi mejor saber y entender, la información aquí indicada es veraz, correcta y completa. Acuerdo informar de inmediato al proveedor de servicios del programa MATP si hubiera algún cambio de circunstancias. Comprendo que es posible que sea necesario entregar documentación para todos los factores de elegibilidad con el objeto de determinar la elegibilidad y para fines de auditoría. Declaro también que comprendo que entregar declaraciones falsas deliberadamente es una infracción penal. Comprendo que tengo el derecho a solicitar una audiencia justa al Departamento de Servicios Humanos en el caso de que se me rechazaran los beneficios. La presente declaración cubre todos los documentos anexos que sean necesarios para la determinación de la elegibilidad.**

Firma del solicitante o persona designada \_\_\_\_\_ Fecha en que se firmó \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO INTERNO:					
Eligible:	Sí	No	Fecha de elegibilidad:	Se notificó al beneficiario:	Sí No
					Fecha de notificación:
Solicitud:	Enviada	En persona	Fecha de envío de la solicitud:	Fecha de devolución de la solicitud:	Recibida por:
Modo de transporte asignado:      Ruta fija      Reembolso por millas      Vehículo del DOT compartido      Conductor voluntario contratado      Transporte para discapacitados					
Estado de financiamiento de MATP:                      Grupo I                      Grupo II					
Notas:					