



County of Lackawanna Transit System

COLTS Shared Ride
800 North South Road
Scranton, PA 18504
(570) 963-6795
Fax: (570) 207-5050

Adjuntos encontrará una solicitud del Programa de servicios de transporte de accesibilidad para esfuerzos especiales (SEATS, por sus siglas en inglés), una solicitud de transporte rural para personas con discapacidades (PwD), un formulario de rechazo y un documento de información del SEATS.

Solicitud del SEATS:

El cliente debe completar la **Parte A** de la solicitud, y debe firmarla el posible cliente del SEATS. Si alguien ayuda al posible cliente del SEATS a completar la solicitud, esa persona debe firmar el documento. La **Parte B** de la solicitud debe completarla un profesional médico que tenga conocimiento de su discapacidad. Todas las solicitudes **originales** deben enviarse al Sistema de Transporte Público del Condado de Lackawanna (COLTS, por sus siglas en inglés) a la dirección de abajo.

Formulario de rechazo:

Firme el formulario de rechazo e indique si le interesa registrarse para votar, si ya se registró para votar o si no le interesa votar. Firme en la parte inferior sobre la línea de firma. Firmar este documento no influye en su aprobación del SEATS ni de PwD.

Transporte rural para personas con discapacidades (PwD):

Esta solicitud es para personas con discapacidades que viven en zonas rurales o para personas con discapacidades que viajan a zonas rurales. El cliente puede completar las partes 1, 2, 3, 4, y 5 por su cuenta o con la ayuda de alguien. La parte 6 es una divulgación de información médica; esta sección debe firmarla el cliente. El formulario de certificación de discapacidad debe completarlo el cliente o la persona que lo ayude con la solicitud, la parte 2 del formulario de certificación de discapacidad debe completarla la agencia o la persona que verifica la discapacidad del cliente. Debe enviarse un formulario de identificación con esta solicitud. Todos los documentos originales deben enviarse a COLTS Shared Ride.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra oficina llamando al (570) 963-6795. Envíe la solicitud original completa a la dirección de arriba.

Beth McDonald Zangardi
COLTS Shared Ride
800 North South Rd.
Scranton PA. 18504
570 963 6795, presione 3

FORMULARIO DE RECHAZO

Nombre (en letra de molde; apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

**SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR DONDE VIVE AHORA,
¿LE GUSTARÍA SOLICITAR REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ?**

_____ Sí

_____ No O _____ No, ya me registré para votar donde vivo actualmente.

**SI DECIDE NO MARCAR UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE
DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le brindará esta agencia.

Si solicita registrarse para votar, la oficina a la que envíe este formulario de solicitud de registro será confidencial.

No se utilizará ninguna información sobre el rechazo del registro para votar para ningún otro propósito que no sea el del registro del votante.

Si necesita ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro para votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede rellenar el formulario de solicitud en privado.

Para calificar para registrarse para votar, debe tener al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones; debe haber sido ciudadano de los Estados Unidos durante al menos un mes antes de las próximas elecciones, y haber residido en Pensilvania y en el distrito electoral donde planea votar durante al menos 30 días antes de las próximas elecciones.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a solicitar registrarse para votar, o con su derecho a elegir su propia preferencia de partido político, puede presentar una queja ante la Secretaria de Estado a Secretary of the Commonwealth, Pennsylvania Department of State, 302 North Office Building, Harrisburg, PA 17120, o llamar gratis al Departamento de Estado (Department of State), al 1-800-522-VOTE (8683).

Firma

Fecha



Formulario de registro y elegibilidad
Proyecto de transporte rural para personas con discapacidades (PwD, por sus siglas en inglés)

- ◆ Usted puede acceder al servicio de transporte con tarifa reducida si:
 1. Es una persona con una discapacidad y
 2. Tiene entre 18 y 64 años y
 3. Necesita transporte público accesible en un condado participante más allá de los servicios complementarios de transporte para personas discapacitadas que ofrece la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

◆ Si quiere participar en este proyecto, rellene este formulario y envíelo con una copia de uno de los documentos que aparecen en la Parte 2 a continuación, a:

Lackawanna County Coordinated Transportation System
800 North South Road, Scranton, PA 18504

◆ Cuando reciban y revisen su solicitud, le avisarán si es elegible para participar.

◆ Si tiene preguntas sobre este proyecto o sobre este formulario, o si necesita este formulario en un formato alternativo, llame al:

(570) 963-6795

Nota: La información que se brinda en esta solicitud sobre su discapacidad se utilizará para determinar su elegibilidad para acceder a los servicios de transporte con tarifa reducida del proyecto PwD. Otra información del formulario se utilizará a fin de recopilar datos, para determinar su elegibilidad para cualquier otro programa de transporte, y para brindarle el tipo de servicio adecuado. Se mantendrá la confidencialidad de esta información, y la utilizarán solo los profesionales que participen en la evaluación de su elegibilidad y en el análisis del proyecto piloto para futuras recomendaciones. Complete en letra de molde clara.

PARTE 1: GENERAL

Apellido: _____ Nombre: _____
 Inicial del segundo nombre: _____

Dirección (calle y n.º): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Condado de residencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene alguna discapacidad según se define en la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) a continuación?

___ Sí ___ No

Definición de discapacidad

La elegibilidad para este programa se basa en la definición de discapacidad de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Según la ADA, "Discapacidad significa, con respecto a una persona, una deficiencia física o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona; un registro de tal deficiencia; o que se considere que tiene tal impedimento". "...las principales actividades de la vida son funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar".

PARTE 2: VERIFICACIÓN POR ESCRITO DE QUE USTED ES UNA PERSONA CON UNA DISCAPACIDAD

Para participar en el proyecto PwD, se requiere una verificación por escrito de una organización capacitada o de una persona calificada de que usted es una persona con una discapacidad.

1. Si tiene una verificación por escrito de una discapacidad:

Es posible que ya tenga la verificación por escrito de una organización de servicios de que usted es una persona con una discapacidad si tiene una tarjeta de identificación, una evaluación por escrito de su discapacidad, etc. Si es así, envíele una copia de esta información al proveedor de transporte que aparece en la parte superior de este formulario. De lo contrario, deberá pedirle a una de las organizaciones o personas que aparecen a continuación que verifiquen, por escrito, que usted es una persona con una discapacidad según la definición de la ADA, y luego enviársela al proveedor de transporte que aparece en la parte superior de la página 1.

Marque la organización o la persona a la que pertenezca la verificación por escrito que envía con su formulario de solicitud.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/Terapeuta ocupacional registrado |
| <input type="checkbox"/> Seguro de seguridad social (SSI) y Seguro de incapacidad del seguro social (SSDI) | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios Visuales y para Ciegos (Bureau of Blindness and Visual Services) | <input type="checkbox"/> Enfermero registrado |
| <input type="checkbox"/> Centro para la vida independiente (CIL) | <input type="checkbox"/> Programa de cuidados de asistencia de PA (PA Attendant Care Program) |
| <input type="checkbox"/> Programa de salud mental/retraso mental | <input type="checkbox"/> Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidades físicas (Community Services Program for Persons with Physical Disabilities) |
| <input type="checkbox"/> United Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| | _____ |

2. Si no tiene una verificación por escrito de una discapacidad:

Rellene un formulario de certificación de discapacidad, que puede conseguir en _____. El formulario verifica una discapacidad según la definición de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. Este formulario se puede utilizar para adquirir la información necesaria de un profesional de la salud calificado para verificar una discapacidad. Vea el Adjunto F en este paquete.

PARTE 3: INGRESOS Y DATOS SOBRE EL GRUPO FAMILIAR

Se están recopilando datos sobre los ingresos de los pasajeros para tomar más decisiones sobre el proyecto. ESTA INFORMACIÓN NO SE UTILIZARÁ PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LAS TARIFAS CON DESCUENTO SEGÚN EL PROGRAMA PwD. Marque el espacio que corresponda en cada columna:

Ingreso anual	Tamaño del grupo familiar
<input type="checkbox"/> Menos de \$10,000	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> Entre \$10,001 y \$15,000	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Entre \$15,001 y \$20,000	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Entre \$20,001 y \$25,000	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Entre \$25,001 y \$30,000	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Entre \$30,000 y \$35,000	<input type="checkbox"/> 6

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entre \$35,001 y \$40,000 | <input type="checkbox"/> 7 |
| <input type="checkbox"/> Entre \$40,001 y \$45,000 | <input type="checkbox"/> 8 o más |
| <input type="checkbox"/> Entre \$45,001 y \$50,000 | |
| <input type="checkbox"/> Entre \$50,001 y \$55,000 | |
| <input type="checkbox"/> Entre \$55,001 y \$60,000 | |
| <input type="checkbox"/> \$60,001 o más | |

PARTE 4: EVITAR LA DUPLICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE

Los servicios de transporte que brinda el proyecto PwD no pueden reemplazar a los servicios de transporte actuales que ya recibe.

1. ¿Recibe ahora algún servicio de transporte, u otro programa u organización paga alguno de sus costos de transporte? Complete todo lo que corresponda de la siguiente lista.

- Programa de transporte de viaje compartido para personas mayores (Senior Citizens Shared-Ride Transportation Program)
- Agencia del área para adultos mayores (Area Agency on the Aging)
- Programa de transporte de asistencia médica (Medical Assistance Transportation Program)
- Transporte para personas discapacitadas complementario de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
- Salud mental/Retraso mental (MH/MR)
- Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)
- El programa de capacitación en el que estoy: _____
- El programa laboral en el que estoy: _____
- La residencia social en la que vivo.
- Otros (explique): _____

2. Si no está registrado para recibir asistencia médica (MA, por sus siglas en inglés), puede ser elegible. Si corresponde, lo remitirán a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO, por sus siglas en inglés) para determinar su elegibilidad para recibir MA y otros programas.

- Me han informado de una *remisión pendiente* a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO).
- Me remitieron a la CAO para determinar mi elegibilidad para recibir MA el (fecha): _____
- Iniciales del miembro del personal que envía por fax la remisión a la CAO: _____

PARTE 5: INFORMACIÓN PARA PODER AYUDARLO MEJOR

1. ¿Es su discapacidad permanente? Sí No
 (Según una definición estándar, una discapacidad permanente es aquella que dura 12 meses o más).
2. Si no lo es, ¿cuánto se prevé que durará? _____
3. ¿Qué tipo de discapacidad tiene? Marque las que correspondan.
 - Discapacidad de movilidad (consulte la pregunta 4 abajo)
 - Discapacidad visual
 - Discapacidad auditiva
 - Discapacidad cognitiva
 - Discapacidad mental

_____ Otras (especifique): _____

4. Marque todas las ayudas de movilidad que correspondan.

_____ Silla de ruedas manual _____ Muletas
_____ Silla de ruedas eléctrica _____ Bastón
_____ Scooter con motor _____ Andador

5. ¿Necesita los servicios de un cuidador personal o de un acompañante cuando viaja? (Un cuidador personal o acompañante es una persona que usted necesita para que lo ayude cuando viaja o antes de viajar o en su destino).

_____ Sí
_____ No
_____ A veces

Describe cuándo necesita ayuda: _____

6. Contacto de emergencia (opcional)

Nombre: _____
Relación: _____
Teléfono (casa): _____ (trabajo): _____

7. ¿Hay algo más que quiera que sepamos para que podamos brindarle un mejor servicio? _____ Sí _____ No

Si respondió que "Sí", describa: _____

PARTE 6: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN y SU CERTIFICACIÓN DEL FORMULARIO DE SOLICITUD

Divulgación de información

Le doy mi permiso a _____ para comunicarse con un profesional sanitario u otro profesional que yo designe para obtener más información a fin de verificar que soy una persona con una discapacidad.

Sí _____ No _____

Su firma o la de la persona que completó este formulario Fecha

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para participar en el proyecto PwD. Certifico que la información que contiene esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

Su firma o la de la persona que completó este formulario

Fecha

Nombre de la persona que completó este formulario

Relación

Número de teléfono

Formulario de registro y elegibilidad: información complementaria

Información de elegibilidad para el Programa de transporte de asistencia médica (MATP, por sus siglas en inglés)

Documentación de discapacidades

Tres categorías de discapacidades: Adjunto A

- 1) Deficiencia mental, incluyendo las discapacidades del desarrollo
- 2) Deficiencia física
- 3) Principales actividades de la vida

Ejemplos de formularios que se utilizan para determinar que una persona tiene una discapacidad

- 1) Adjunto B: Formulario del Programa de transporte del condado de Washington (WCTP, por sus siglas en inglés) que debe completar el médico o la agencia.
- 2) Adjunto C: Formulario del examen médico integral de la Oficina de Rehabilitación Vocacional.
- 3) Adjunto D: Formulario de los Servicios de cuidado de asistencia.
- 4) Adjunto E: Formulario de revisión de elegibilidad para la Oficina de Programas Sociales (OSP, por sus siglas en inglés)/Independencia.
- 5) Adjunto F: Formulario del Certificado de discapacidad. Debe utilizarse si el solicitante no tiene documentación por escrito de su discapacidad.

Adjunto G: Pautas del nivel federal de pobreza.

PAUTAS DE POBREZA DE 2019 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA

PERSONAS EN LA FAMILIA/GRUPO FAMILIAR PAUTA DE POBREZA

Para las familias/grupos familiares con más de 8 personas, debe sumar \$4,420 por cada persona adicional.

1	\$12,490
2	\$16,910
3	\$21,330
4	\$25,750
5	\$30,170
6	\$34,590
7	\$39,010
8	\$43,430

- **Obtenga más información sobre:**
 - el programa Ayuda Adicional (Extra-Help);
 - los límites de recursos y beneficios de copagos para el **Subsidio completo para personas de bajos ingresos (Full Low-Income Subsidy)**: 2018 y 2019, y
 - los límites de recursos y beneficios para el **Subsidio parcial para personas de bajos ingresos (Partial Low-Income Subsidy)**: 2018 y 2019.

Adjunto F

Formulario de certificación de discapacidad
Servicios de transporte con tarifa reducida
Programa de transporte rural para personas con discapacidades (PwD)

El propósito de este formulario es verificar de forma independiente y por escrito que el solicitante que se menciona a continuación tiene una discapacidad según la definición de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades. Este formulario debe completarlo un profesional que tenga conocimiento de la discapacidad del solicitante. Un profesional es una persona que tiene capacitación médica, ofrece servicios terapéuticos o de rehabilitación, realiza evaluaciones cognitivas u ofrece servicios para la vida independiente y de asesoramiento a personas con discapacidades. El solicitante ha solicitado servicios de transporte según el Programa de transporte rural para personas con discapacidades (PwD), que administra el Departamento de Transporte de Pensilvania (Pennsylvania Department of Transportation) con servicios que brinda el Proveedor de Servicios Local. Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame al (570) 963-6795.

Información del solicitante (debe completarla el solicitante):

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección (calle y n.º): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Firma del solicitante o de la persona que completó este formulario

Fecha

Definición de discapacidad

La elegibilidad para este programa se basa en la definición de discapacidad de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Según la ADA, "Discapacidad significa, con respecto a una persona, una deficiencia física o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona; un registro de tal deficiencia; o que se considere que tiene tal impedimento". "...las principales actividades de la vida son funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar".

Responda las siguientes preguntas (debe completarlas la agencia o la persona que presente la verificación de la información de elegibilidad):

¿Tiene el solicitante una discapacidad permanente? Sí No
(Según una definición estándar, una discapacidad permanente es aquella que dura 12 meses o más).

Si no lo es, ¿cuánto se prevé que durará? _____

¿Qué tipo de discapacidad tiene el solicitante? Marque las que correspondan.

Marque todas las ayudas de movilidad que correspondan.

Discapacidad de movilidad (consulte la pregunta a la derecha)

Silla de ruedas manual Muletas

Discapacidad visual

Silla de ruedas eléctrica Bastón

Discapacidad auditiva

Scooter con motor Andador

Discapacidad cognitiva

Discapacidad mental

Otras (especifique): _____

Firma del profesional

Fecha

Título

Nombre de la agencia u organización

Dirección

Teléfono

Envíe la solicitud completa a: COLTS 800 North South Rd. Scranton, PA 18504