



Favor de incluir copias legibles de sus tarjetas médicas.

P.O. BOX 339, Scotrun, PA 18355

(570) 839-6282 • Fax (570) 839-8205

PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN PARA CLIENTES DE ASISTENCIA MÉDICA

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN GENERAL

| | | |
|---|-------------------------------|---------------------------------------|
| NOMBRE: (Según aparece en su tarjeta médica) | | |
| DIRECCIÓN POSTAL: | | |
| CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: | | CONDADO: |
| TELÉFONO: | NRO. DE SEGURO SOCIAL: | FECHA DE NACIMIENTO: |
| RECIP# (de su tarjeta Access) | | NRO. DE TARJETA: (Card Issue#) |
| GRUPO Y CATEGORÍA: | <i>(PARA USO INTERNO)</i> | APUNTES: |
| | | |

OTROS MIEMBROS ELEGIBLES DE LA FAMILIA

| NOMBRE | SEGURO SOCIAL | FECHA DE NACIMIENTO | GRUPO O CATEGORÍA | RECIP# |
|--------|---------------|---------------------|-------------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Atención: Niños entre las edades de 0-8 años deben estar en un asiento de seguridad. MCTA no provee asientos de seguridad. Usted no será transportado si no tiene un asiento de seguridad para su niño.

SECCIÓN 2- AFIRMACIÓN DE INFORMACIÓN

El siguiente párrafo cubre puntos requeridos para la determinación de elegibilidad.

Yo certifico que la información contenida aquí es cierta, y que esta correcta y completa. Yo accedo a reportar cualquier cambio de circunstancia que ocurra que afecte mi transportación inmediatamente al proveedor de este servicio (MCTA). Yo entiendo que toda documentación de elegibilidad es requerida para determinar si soy elegible y para servicios de auditoria, y que dar información falsa es una ofensa criminal. Yo entiendo que tengo el derecho de pedir una audiencia al Departamento de Asistencia Publica (Department of Welfare) si mi solicitud es rechazada.

| | | | |
|--------------------------|---------------|--|---------------|
| Firma de Cliente: | Fecha: | Firma de representante de MCTA: | Fecha: |
| | | | |

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN ADICIONAL

| |
|---|
| ¿USA USTED UNA SILLA DE RUEDAS O ANDADOR? FAVOR DE INDICAR: SI ____ NO ____ ESPECIFIQUE CUÁL USA: |
| ¿VIVE USTED CERCA DE UNA PARADA DE AUTOBÚS DE RUTA FIJA? FAVOR DE INDICAR: SI ____ NO ____ |
| ¿PUEDE USTED CONDUCIR UN AUTO PARA IR A SU CITA? FAVOR DE INDICAR: SI ____ NO ____ |
| ¿HAY ALGUIEN QUE LO PUEDA LLEVAR A SU CITA? FAVOR DE INDICAR: SI ____ NO ____ |
| ¿NECESITA USTED UN ACOMPAÑANTE O INTÉRPRETE? FAVOR DE INDICAR: SI ____ NO ____ DESCRIBA RAZON POR LA CUAL NECESITA UN ACOMPAÑANTE: |
| FAVOR DE ESPECIFICAR SI TIENE ALGUNA OTRA NECESIDAD ESPECIAL: |

| NOMBRE DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA | TELÉFONO # | RELACIÓN |
|--|------------|----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

¿CÓMO LLEGAMOS A SU CASA? FAVOR DE INCLUIR NOMBRES DE CALLES, ESTO NOS AYUDA A LOCALIZAR SU CASA.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

