



**Formulario de Inscripción y Elegibilidad
Transportación Rural para Personas Discapacitadas
Programa PWD**

- ⊕ Transportación a tarifas reducidas puede estar disponible para usted si usted es:
 1. Una persona con una discapacidad y
 2. usted tiene entre 18 y 64 años de edad y
 3. usted necesita transportación en un área que esta más de $\frac{3}{4}$ de milla de una parada de autobús de Ruta Fija (Fixed Route).

- ⊕ Si usted quiere aplicar para este programa, por favor complete este formulario y envíelo de vuelta con una verificación escrita de su discapacidad a:

*Monroe County Transportation Authority
"Pocono Pony"
ATTN: PWD Program
P.O. Box 339
Scotrun, PA 18355*

- ⊕ Una vez se reciba su solicitud, será evaluada y usted será notificado de su elegibilidad dentro de 15 días.

- ⊕ Si usted tiene preguntas sobre el programa o necesita este formulario en un formato alterno como en **(letras grandes)** por favor llame al: **(570) 839-6282**.

Atención: La información proporcionada en esta solicitud sobre su discapacidad, será utilizada para determinar su elegibilidad para servicio de transportación a tarifas reducidas bajo el programa PWD. Otra información en el formulario se utilizara para coleccionar datos para determinar su elegibilidad para otros programas de transportación y para proveerle con el tipo de servicio más apropiado. Esta información se mantendrá confidencial y será utilizada solamente por profesionales envueltos en evaluar su elegibilidad y de asesar el programa para recomendaciones futuras.

Parte 1: Información General

Fecha de solicitud: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección postal: _____ #Apto _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencia: _____ Trabajo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ #Seguro Social: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Favor proveer dirección de residencia si es diferente a su dirección postal:

Favor de proveer instrucciones para llegar a su casa (información requerida)

¿Tiene usted una discapacidad de acuerdo con el Acta para Americanos con Discapacidades (ADA) según definido en el siguiente párrafo? Sí _____ No _____

La siguiente es la definición de una discapacidad de acuerdo con el Acta para Americanos con Discapacidades.

La elegibilidad para este programa es basada en una discapacidad definida por el Acta para Americanos con Discapacidades (ADA). De acuerdo al ADA, la definición de una discapacidad es, con respecto a una persona, un impedimento físico o mental que substancialmente limita una o más de una de las actividades de la vida diaria de una persona; una constancia de ese impedimento o ser reconocido como una persona con un impedimento.

“Actividades de la vida Diaria” significa funciones como valerse por si mismo, realizar labores manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.”

Parte 2: Verificación escrita de una discapacidad

Se requiere verificación escrita de su discapacidad.

Usted ya puede tener verificación escrita de un médico o otra organización que indica que usted es una persona con una discapacidad.

Pero si usted no tiene verificación por escrito necesitara obtener verificación por escrito de su discapacidad de una de las siguientes personas o organizaciones

- _____ Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)
- _____ Prueba activa del Seguro Social para personas Discapacitadas, (SSI) o (SSDI)
- _____ Oficina de Ceguera y Servicios Visuales
- _____ Centro de Vida Independiente (CIL)
- _____ Oficina de Salud Mental/Retardación Mental (MH/MR)
- _____ Oficina de Parálisis Cerebral
- _____ Físico Terapeuta Registrado
- _____ Médico
- _____ Enfermero/a Registrado
- _____ Programa de Asistente Personal de Pennsylvania
- _____ Programa de Servicios a la Comunidad para Personas Discapacitadas
- _____ Otro _____

Parte 3: Información para servirle mejor

1. ¿Es su discapacidad permanente? Sí _____ No _____
La definición de una discapacidad permanente es que tenga un tiempo de duración de 12 meses o más.

2. Si la respuesta es **NO**, ¿cuánto tiempo va a durar? _____

3. ¿Cuál es su discapacidad? (Marque todos los que apliquen)

_____ *Impedimento Físico*

_____ *Impedimento Visual*

_____ *Impedimento Auditivo*

_____ *Impedimento Cognitivo*

_____ *Impedimento Mental*

_____ *Otro* (Por favor especifique): _____

4. Por favor indique que equipos de movilidad usted actualmente usa:

_____ *Silla de ruedas manual*

_____ *Muletas*

_____ *Otro*

_____ *Silla de ruedas eléctrica*

_____ *Bastón*

_____ *Silla de ruedas motorizada*

_____ *Andador*

5. ¿Usted requiere los servicios de un asistente personal o acompañante cuando viaja?

Sí _____ No _____

(Un acompañante es necesario cuando una persona no tiene la habilidad de abordar o desembarcar independientemente y/o **Necesita** asistencia durante el viaje.)

Describa su necesidad de asistencia (si aplica): _____

Parte 4: Para evitar duplicar servicios de transportación

El servicio de transportación proporcionado bajo el programa PWD, NO debe ser proporcionado en vez de cualquier servicio de transportación que usted ya recibe.

Para ayudarnos a servirle mejor, ¿está usted actualmente recibiendo servicios de transportación o cualquier otro servicio de los siguientes proveedores? Sí _____ No _____
(Por favor marque todos los que aplican.)

- _____ Programa de Transportación Shared Ride para Envejecientes
- _____ Agencia para Personas Mayores de Edad del Área (AAA)
- _____ Programa de Transportación para Clientes de Asistencia Médica
- _____ Acta para Americanos con Discapacidades (ADA)
- _____ Oficina de Salud Mental/Retardación Mental (MH/MR)
- _____ Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)
- _____ Hogar de reposo donde usted vive
- _____ Otro (Por favor especifique) _____

Parte 5: Datos de su hogar y sus ingresos

Datos de los ingreso de los pasajeros son colectados para crear información demográfica de nuestros clientes. También nos puede ayudar a determinar elegibilidad para otros programas de transportación. **No se utilizaran los ingresos para determinar su elegibilidad para el programa PWD.**

Por favor marque el espacio apropiado en cada columna:

<u>Ingresos Anuales</u>		<u>Tamaño de familia</u>
_____ Menos de \$10,000	_____ \$45,001 - \$50,000	_____ 1
_____ \$15,001 - \$20,000	_____ \$50,001 - \$55,000	_____ 2
_____ \$20,001 - \$25,000	_____ \$55,001 - \$60,000	_____ 3
_____ \$25,001 - \$30,000	_____ \$60,000+	_____ 4
_____ \$30,001 - \$35,000		_____ 5
_____ \$35,001 - \$40,000		_____ 6
_____ \$40,001 - \$45,000		_____ 7
		_____ 8+

Parte 6: Certificación del Solicitante

A) Yo autorizo a la Autoridad de Transporte del Condado de Monroe a contactar al médico o otra organización, que yo seleccione in la Parte 2, para verificar mi discapacidad si es necesaria alguna información adicional.

Sí _____ No _____

X _____
Su Firma (o firma de su representante) Fecha

B) Yo autorizo a la Autoridad de Transporte del Condado de Monroe a contactar a la oficina de Asistencia del Condado de Monroe o cualquier otra organización para determinar elegibilidad para otros programas de transportación.

Sí _____ No _____

X _____
Su Firma (o firma de su representante) Fecha

C) Yo entiendo que el propósito de esta solicitud es para determinar si yo soy elegible para participar en el programa PWD. Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera en lo mejor de mi conocimiento.

X _____
Su Firma (o firma de su representante) Fecha

Nombre de persona que completó este formulario (usted o su representante) Fecha