



Condado Benton
Asistencia especial de transporte
Formulario de aplicación
¡POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE!

Esta solicitud será revisada y la elegibilidad será determinada inicialmente por el personal de Transporte Especial del Condado Benton de acuerdo con los criterios de elegibilidad del programa establecidos bajo los estatutos y reglamentos del Fondo de Transporte Especial para Personas Mayores y Discapacitadas de Oregon (ORS 391.800; OAR Capítulo 732); Directrices del Fondo de Transporte Especial del Departamento de Transporte de Oregon; tal como fue adoptado por la Junta de Comisionados del Condado Benton.

El programa del Fondo de Transporte Especial (STF) proporciona y promueve opciones de transporte público del Condado Benton para personas de 60 años de edad o mayores; personas con discapacidades de cualquier edad que no pueden acceder a modos fijos de transporte público, como Benton County Transit, Corvallis Transit System (CTS) u otro medio de transporte personal; así como otras poblaciones desatendidas, como las personas elegibles que residen o viajan a áreas rurales del condado Benton que no reciben servicio de ruta fija del condado Benton o CTS. Se puede encontrar más información en este sitio web: <https://www.co.benton.or.us/publicworks/page/special-transportation-services>

Es muy importante que el formulario se llene por completo. Cualquier solicitud incompleta será devuelta sin ser procesada. El personal puede consultar con expertos profesionales apropiados con respecto a su elegibilidad en cualquier etapa del proceso de certificación si se considera necesario. La presentación de esta solicitud no garantiza la elegibilidad.

La determinación del personal sobre su elegibilidad se comunicará por teléfono o por correo electrónico u otro formato aceptable si se solicita. En caso de una denegación, la comunicación será por escrito y se anotarán los motivos. Si la elegibilidad se hace condicional o denegada, se le notificará el proceso de apelación en la comunicación escrita.

Al completar esta solicitud, devuélvala a:

Programa de Transporte Especial del Condado Benton
Atención: Elegibilidad STF
Post Office Box 1083
Corvallis, OR 97339

Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad o sobre esta solicitud, comuníquese con el Coordinador de Transporte Especial y Rural al: 541-754-1748.

Las versiones alternativas de este formulario de solicitud, como letra grande o un proceso de solicitud administrado por vía oral, pueden ponerse a disposición del Coordinador si lo solicita llamando al número anterior.

For Office Use Only

Date Approved: _____

Date Denied: _____



**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL
PROGRAMA DE TRANSPORTE ESPECIAL**

POR FAVOR ESCRIBA O IMPRIMA CLARAMENTE - LA APLICACIÓN DEBE ESTAR COMPLETA.

Fecha de hoy: _____

SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Dirección de correo (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Número de teléfono: (Casa) _____ (Otro) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona de contacto de emergencia _____

Relación de contacto de emergencia con el solicitante: _____

Número telefónico de emergencia: (Casa) _____ (Otro) _____

SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE

Si está completando esta solicitud para alguien que no sea usted, debe completar lo siguiente:

Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD

PARA SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE O POR UN REPRESENTANTE

1. ¿Tiene alguna discapacidad? Si NO
2. En caso afirmativo, describa completamente la discapacidad que le impide usar su propio transporte personal o un autobús de transporte público en general. Use una hoja de papel adicional si es necesario. Si lo desea, puede adjuntar documentos de respaldo que describan su discapacidad.

3. Es su discapacidad: Temporal Permanente

Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que dure? / /

4. ¿Utiliza ayuda (s) para movilidad? En caso afirmativo, marque las ayudas apropiadas:

<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada	<input type="checkbox"/> Animal de servicio
<input type="checkbox"/> Vehículo de 3 ruedas	<input type="checkbox"/> Dispositivo protésico
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Dispositivo ortopédico
<input type="checkbox"/> Andadores	<input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal	

5. ¿Requiere que alguien le ayude cuando usa el transporte público?

Si NO A VECES

Si respondió "Sí" o "A veces", explique:

6. ¿Puede ir de su casa a la acera/vereda sin la ayuda de otra persona?

Si NO

7. ¿Es capaz de usar un autobús de transporte público o taxi?

Si NO A VECES NO LO SE

Si respondió "No", ¿por qué no?

No puedo abordar o desembarcar de un autobús o taxi sin ayuda.

No puedo abordar o desembarcar de un autobús o taxi dentro de un tiempo razonable.

Otra razón:

AFIRMACIÓN DE INFORMACIÓN VERDADERA Y EXACTA

Juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa deliberadamente puede poner en peligro la recepción de servicios. Además, entiendo que la información proporcionada en este proceso de solicitud será utilizada por Benton County Special Transportation, sus agentes y empleados, con el propósito expreso de determinar la elegibilidad y proporcionar servicios de transporte especializados y se mantendrá confidencial. Además, entiendo y acepto que mi elegibilidad para usar servicios especiales de transporte puede revisarse en cualquier momento durante el período de certificación, si estoy certificado como elegible, y que mi uso continuo de los servicios de transporte está sujeto a mi comportamiento de acuerdo con las normas de conducta para los pasajeros. Por la presente autorizo al personal de Transporte Especial del Condado Benton a verificar la información proporcionada en esta solicitud, si es necesario.

Firma del solicitante
o firma del tutor legal

Fecha

NOTA: Si el solicitante no puede firmar y no hay un tutor legal asignado, se necesitan las dos firmas a continuación:

Firma de la persona que completa el formulario

Fecha

Firma del testigo *

Fecha

* Relación con el solicitante: _____

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA-AUTORIZACIÓN

Para permitir que el Programa especial de transporte evalúe su solicitud de servicios de transporte, puede ser necesario comunicarse con un médico u otro profesional médico, ya sea para confirmar la información que ha proporcionado o para abordar una pregunta funcional relacionada con su discapacidad en relación con la manera en que brindamos servicios de transporte seguros y efectivos.

Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de un profesional de atención médica, que puede ser su médico de atención primaria, otro profesional de atención médica o profesional de rehabilitación familiarizado con su discapacidad, a quien puede contactar un representante del Programa de Transporte Especial, si se requiere verificación de información o una pregunta práctica que requiera experiencia en atención médica.

El siguiente médico____, profesional de atención médica____ o profesional de rehabilitación____ (marque uno) está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información a la Ciudad de Corvallis o su representante autorizado requerido para evaluar mi elegibilidad para el servicio de transporte.

Nombre_____

Dirección_____

Número de teléfono_____

Número de fax_____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha de Nacimiento __/__/____

Firma _____ Fecha ____/____/____
(Solicitante o Tutor Legal)

NOTA: Negarse a autorizar esta divulgación de información puede resultar en la denegación de la certificación si el Programa de Transporte Especial no puede determinar si el solicitante es elegible o no puede abordar los problemas críticos relacionados con la atención médica pertinentes para proporcionar transporte seguro, sin acceso a la información de los profesionales de la salud mencionados anteriormente.