



¿Qué es Transit Plus?

Transit Plus es el programa que ofrece servicios de transporte adaptado en el condado de Milwaukee. Su objetivo es proporcionar transporte público a personas con discapacidad que no pueden utilizar los autobuses de ruta fija del Sistema de Tránsito del Condado de Milwaukee (MCTS) de forma permanente o intermitente.

¿Como se determina la elegibilidad?

Para determinar la elegibilidad, consideramos su capacidad funcional y si puede viajar en los autobuses de MCTS de forma regular o parcial. No basamos la elegibilidad en los síntomas, el tipo de discapacidad, el uso de ayudas para la movilidad, la edad, los ingresos, la capacidad para conducir ni el acceso a un automóvil particular.

¿Como puedo solicitar los servicios de Transit Plus?

El proceso incluye completar la solicitud y una evaluación presencial. Debemos recibir la solicitud completa antes de programar la cita de evaluación. Si omite alguna parte de la solicitud, no podremos determinar su elegibilidad. Los formularios incompletos se devolverán al remitente sin procesar. Por favor, utilice la lista de verificación al dorso de esta página para asegurarse de que su solicitud esté completa correctamente. Tras completar la solicitud y la evaluación presencial, su elegibilidad se determinará en un plazo de 21 días. Si Transit Plus no puede determinar su elegibilidad en 21 días, se le proporcionará el servicio provisional a partir del día 22, como si se le hubiera concedido la elegibilidad. El servicio podrá ser suspendido si Transit Plus posteriormente deniega la solicitud.

Notas Importantes sobre el Formulario de Verificación Médica:

- El **formulario de verificación médica debe ser completado por un proveedor autorizado y licenciado**. El formulario tiene una validez de 90 días a partir de la fecha de la firma del proveedor.
- Si usted o un proveedor de atención médica sin licencia completa el formulario de verificación médica, su solicitud será inválida.
- Se permite la presentación de documentación médica adicional, pero esta no se aceptará como sustituto del formulario de verificación médica.

¿Como someto mi solicitud?

Usted puede someter su solicitud de una de las siguientes maneras:

Servicio Postal U.S.:

Transit Plus
1942 N 17th Street
Milwaukee, WI 53205

En Persona:

8:30am – 4:00pm
en las Oficinas de Transit Plus
1942 N 17th Street
Milwaukee, WI
53205

Una vez que Transit Plus reciba su solicitud debidamente cumplimentada y el formulario de verificación médica, nos pondremos en contacto con usted para programar su cita de evaluación presencial.

Todo solicitante que requiera asistencia para el cuidado personal/uso del baño o supervisión conductual deberá estar acompañado por un cuidador o un familiar.



1. **Llene la solicitud para la elegibilidad**

- ☐ He llenado la solicitud completamente.
- ☐ He proveído mi información de contacto actualizada la cual incluye un correo electrónico, si corresponde.
- ☐ He firmado la solicitud.
- ☐ Entiendo que las solicitudes son procesadas en el orden de llegada y que todas las partes de la solicitud deben de estar **completamente** llenas o esta me será devuelta.

2. **Haga una copia para sus archivos**

- ☐ He hecho una copia de mi solicitud, la cual está completamente llenada, para mis archivos personales. Transit Plus no provee copias.

3. **Sometiendo su solicitud**

- ☐ He sometido mi solicitud de una de las siguientes maneras:
 - ☐ Por correo a: 1942 N. 17th St. Milwaukee, WI 53205.
 - ☐ En persona entre las horas de 8:30 am a 4:00 pm.

4. **Pídale a su proveedor de atención médica autorizado y licenciado que complete el Formulario de Verificación Médica**

- ☐ Me he comunicado con mi médico y le indiqué que completara el formulario de verificación médica. Su médico puede completar este formulario en línea o imprimirlo para que lo complete manualmente.
- ☐ Mi proveedor completó el formulario de verificación médica en línea o, si lo completó en papel, me lo devolvió o lo envió directamente a la oficina de Transit Plus.

5. **Cita para la evaluación**

- ☐ Entiendo que después de que mi solicitud completa y la verificación médica hayan sido revisadas por el personal de Transit Plus, me contactarán para programar una cita de evaluación presencial en la oficina de Transit Plus.



Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

Parte 1: Solicitante de Identificación

Nombre: _____

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

¿Eres un Transit Plus cliente actual o pasado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí" escribe la fecha de expiración: _____ Y el cliente ID Número: _____

¿Cuál es el método de contacto preferido para programar la evaluación en persona?

☐ Teléfono (como está escrito abajo) ☐ Correo electrónico (como está escrito abajo)

Número de teléfono: _____

Número Celular

Número de teléfono de casa

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento

Edad

Número de Seguro Social

Sexo

Dirección de la casa: _____ Apt#: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Proporcionar información para la persona con la que deberíamos contactar en caso de emergencia.

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el solicitante: _____

Número de teléfono: _____

Primer número de teléfono

Segundo número de teléfono

¿Dónde debemos enviar la información futura? ☐ A mi el solicitante ☐ A la persona designada abajo

Nombre de la persona designada: _____

Dirección de la casa de la persona designada: _____

Correo electrónico de la persona designada: _____

Parte 2: Inventario de dispositivos de asistencia

1. Yo use los siguientes dispositivos de asistencia todo el tiempo o a veces: (marca todos los que aplica)

- ☐ Caña ☐ Muletas ☐ Caminante/Andador ☐ Prótesis ☐ Oxígeno portátil
- ☐ Animal de servicio ☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas manual extra ancha (>30")
- ☐ Silla de ruedas motorizada / scooter ☐ Ninguna ☐ Otro _____

*Por favor tenga en cuenta que si marcó "Silla de ruedas o Scooter" arriba personas que utilizan dispositivos de movilidad que superen los 30" de ancho y / o 48" de largo (medidos a 2 "sobre el suelo) no pueden ser acomodados. Además en situaciones en las que el solicitante y su dispositivo de movilidad tengan un peso combinado de más de 600 libras cuando está ocupado; es posible que no se pueda acomodar.

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu estilo de vida actual?

- ☐ Casa Privada / Apartamento Privada ☐ Instalación de rehabilitación
- ☐ Residencia asistida en casa o hogar grupal ☐ Complejo de apartamentos para personas mayores
- ☐ Centro de enfermería especializada

3. ¿Es el solicitante actualmente inscrito en una atención a largo plazo del Wisconsin Department of Health Services? (Marque todo lo que aplica)

- ☐ My Choice Family Care ☐ Community Care ☐ IRIS ☐ PACE ☐ iLife
- ☐ iCare ☐ Otro _____
- ☐ Actualmente no está inscrito en un programa de cuidado a largo plazo

Información de contact para el administrador de casos, el represtante o el consultor del programa de atención a largo plazo:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____



Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

Parte 3: Autorización para revelar información médica protegida

Nombre del solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo certifico que a mi entender la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa. Yo entiendo que MCTS se basará en esta información cuando determine mi elegibilidad para participar en el programa Transit Plus. También entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en mi estado de elegibilidad revocada o negada.

Yo autorizo a los proveedores nombrados aquí, a sus funcionarios, empleados, agentes, contratistas, miembros, directores, accionistas o afiliados encargados del manejo de registros médicos, para revelar a MCTS / Transit Plus todos la información de salud protegida relacionada con mi persona que sea razonablemente necesaria para que el proveedor pueda completar con precisión la Parte 4 de esta aplicación.

1. Nombre del proveedor: _____
Dirección de la oficina: _____
Número de teléfono de la oficina: _____

2. Nombre del proveedor: _____
Dirección de la oficina: _____
Número de teléfono de la oficina: _____

3. Nombre del proveedor: _____
Dirección de la oficina: _____
Número de teléfono de la oficina: _____

Esta autorización permanecerá vigente hasta que mi elegibilidad para los servicios de paratransporte Transit Plus sea finalmente determinada o 90 días a partir de la fecha de la autorización, lo que ocurra primero. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a las personas nombradas arriba. Entiendo que la revocación de esta autorización no es efectiva en la medida en que el proveedor ha confiado en él para el uso o divulgación de la información médica protegida antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.



Aplicación Instrucciones para Paratránsito Elegibilidad

Yo entiendo que cualquier información médica protegida divulgada de conformidad con esta autorización a un individuo o entidad que no está cubierta por las leyes y regulaciones de privacidad estatales y federales puede estar sujeta a revelar otra vez por el destinatario y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.

Yo reconozco que las personas nombrados no condicionarán mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si aplica) ya sea si firmo esta autorización.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

El representante firmó por mí:

- ☐ Como el solicitante firmé en mi propio nombre
- ☐ Los Padres (si es menor de edad)
- ☐ Abogado
- ☐ Guardián legal