



Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

¿Qué es Transit Plus?

Transit Plus es el programa que proporciona paratrásito servicios para Milwaukee County. La meta de Transit Plus es que proporcionar público transporte para gente con discapacidades quiénes son incapaz de usar ruta fija de Milwaukee County Transit System (MCTS) todos los autobuses o algunas veces.

¿Cómo se determina la elegibilidad?

Para determinar elegibilidad que considera su capacidad funcional y si que son capaz para viaje en autobuses MCTS todos o algunos veces. No basamos la elegibilidad en los síntomas, tipo de discapacidad, uso de una ayuda de movilidad, edad, ingresos, capacidad para conducir un vehículos, o el acceso a vehículos privados.

¿Cómo solicito Transit Plus?

El proceso incluye completar la aplicación y una evaluación en persona. Debemos recibir la aplicación completa antes de hacer una cita evaluación. Por favor utilice la página de la lista de verificación de la aplicación para asegurarse de que su aplicación sea completa y correctamente. Después de completar la aplicación y la evaluación en persona, su elegibilidad se determinará dentro de los 21 días. Si Transit Plus no puede tomar una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días, se proporcionará un servicio presuntivo al solicitante a partir del día 22 como si se hubiera otorgado la elegibilidad. El servicio puede terminarse si Transit Plus negara la aplicación más adelante.

- **No solicite ni autorice a un consultorio médico para que envíe por fax cualquier cosa a Transit Plus. Ya no aceptamos las aplicaciones por fax.**
- **No separe las partes 1, 2, 3, y 4. Por favor envíe toda la aplicación completa.**

Notas Importantes sobre la Parte 4:

- **Parte 4 debe ser completada por un proveedor de atención médica autorizada.** El documento de certificación es válido por 90 días a partir de la fecha de la firma del proveedor.
- No separe la Parte 4
- Si usted o otro proveedor de atención médica sin licencia completan la Parte 4, su aplicación no será válida.
- Si omite alguna parte de la aplicación no podemos determinar su elegibilidad. Los documentos incompletos se devolverán al remitente sin procesar.
- No solicite ni autorice a una oficina médica para enviar documentos por separado a Transit Plus.
- Se permite documentación médica adicional pero no la use como sustituto de la Parte 4.



Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

Cómo envío mi aplicación?

Su aplicación puede ser enviada de cualquiera de las siguientes maneras:

U.S Postal Service

Transit Plus
1942 N 17th Street
Milwaukee, WI 53205

Email

tplusapplications@mcts.org

In – Person

8:30am-4:00pm
Transit Plus Office
1942 N 17th Street
Milwaukee, WI 53205

Después de que Transit Plus reciba su aplicación completada y correctamente se le contactará con los horarios de citas. **Cualquier solicitante que pueda necesitar atención personal, asistencia para ir al baño o supervisión del comportamiento debe estar acompañado por un asistente o un miembro de la familia.**



1. Completa partes 1, 2 y 3 de la aplicación de elegibilidad

- Yo completé las partes 1, 2 y 3 completamente.
- Yo proporcioné mi información de contacto actual.
- Yo firmé la aplicación de elegibilidad.

2. Pídale a su proveedor de atención médica autorizado que complete la Parte 4

- Le entregué la aplicación de elegibilidad completa (Partes 1,2,3 y 4) a mi proveedor medico.
- Mi proveedor medico completó la Parte 4 y me devolvió todas las partes.
- Yo verifiqué que la Parte 4 se completó en su totalidad firmada y fechada.

3. Revise la aplicación de elegibilidad

- Yo contesté todas las preguntas y todas las partes que requieren firmas están firmadas por las persona correcta.
- Yo adjunto cualquier material adicional proporcionado por mi proveedor de atención médica (si es aplicable)
- Yo entiendo que Transit Plus procesa las aplicaciones de elegibilidad en la fecha que se recibió el pedido y que todas las partes de la aplicación deben estar **completas** o me las devolverán.

4. Haga una copia para sus registros

- Yo copié mi aplicación de elegibilidad para mis registros personales. Transit Plus no propoorcionará una copia.

5. Presentación de la aplicación de elegibilidad

- Yo presenté mi aplicación de elegibilidad de una de las siguientes maneras:
 - Por correo a 1942 N 17th Street Milwaukee WI 53205
 - En persona entre 8:30AM a 4:00PM
 - Por correo electrónico a tplusapplications@mcts.org

6. Programar cita de evaluación

- Yo entiendo que una vez que el personal de Transit Plus haya revisado mi aplicación completa me contactarán para programar una cita de evaluación.



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 repuesta 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: _____



Aplicación Instrucciones para Paratránsito Elegibilidad

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 contacto para el administrador de casos, el representante o el consultor del programa de atención a largo plazo:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____



Aplicación Instrucciones para Paratransito 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 medicos, 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 precision 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 al autorización, lo que ocurra primero. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en culaquier momento mediante el envoi 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 Paratrásito 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



Aplicación Instrucciones para Paratransito Elegibilidad

Parte 4: Health care provider verification

Federal law requires that Transit Plus provide comparable paratransit services to persons who cannot use available Fixed Route bus service. The information provided will allow Transit Plus to make an appropriate evaluation of this applicant's functional abilities. Please fill in all sections that pertain to the applicant's disabilities as they relate to using public transportation.

Your patient's application for Transit Plus eligibility will be reviewed to determine whether they qualify for Paratransit services under the Americans with Disabilities Act (ADA). A person's eligibility for Paratransit services is dependent upon:

- 1) Inability to navigate the system independently;
- 2) Lack of accessible vehicles, stations, or bus stops (**All MCTS buses are accessible**); or
- 3) Inability to reach a boarding point or final destination.

Unreadable or incomplete applications will be returned.

Professional's Name (Printed): _____

Professional's Title/Position: _____

Professional License # (Required): _____

Office Address: _____

Office Phone: _____ E-mail: _____

Patient's Name: _____ D.O.B. _____

1. What is the nature of the disability/condition? (Check all that apply)

Intellectual Sensory Physical

2. If the applicant has a visual impairment; the following are required:

Visual Acuity (with best correction): Left Eye: _____ Right Eye: _____

Visual Fields: Left Eye: _____ Right Eye: _____

Light Perception: Left Eye: _____ Right Eye: _____



Aplicación Instrucciones para Paratransito Elegibilidad

3. What is/are the applicant's disabilities / diagnosis?

4. If multiple conditions / disabilities are listed identify the **most limiting condition** affecting patient's ability to utilize public transportation on the fixed route bus.

5. When did you last see the applicant for the previously stated condition(s)?

Date: _____

6. Is this condition: Temporary Permanent Progressive

7. What is the current severity of the above disability? Mild Moderate Severe

8. In your professional opinion is this applicant prevented from utilizing public transit due to their disability / condition? Yes Sometimes No

If "yes" or "sometimes", please explain: _____

9. How is the applicant being treated for listed disability / condition?

Medication: _____

Mobility Device: _____

Therapy: _____

Programs: _____

Surgical Procedure: _____

Other: _____

10. How is the applicant managing / responding to treatment?

Worsening condition Stable Somewhat Effective Very Effective

11. Is the applicant prevented by disability from completing daily activities?

Yes Sometimes No



Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

I certify that the information contained in this application is true and correct to the best of my knowledge and ability. I hereby verify that the diagnosis of disability listed has been reviewed by me, is accurate and true and represents the current and physical and/or mental condition of the applicant named below.

Patient's Name: _____ D.O.B.: _____

Professional's Signature: _____ Date: _____

(Please note that this application is only valid for up to 90 days from date of signature)

Once complete, your application can be submitted in one of the following ways:

U.S Postal Service	Email	In – Person
Transit Plus 1942 N 17 th Street Milwaukee, WI 53205	tplusapplications@mcts.org	8:30am-4:00pm Transit Plus Office 1942 N 17 th Street Milwaukee, WI 53205

Please be advised that the Transit Plus office will NOT accept faxes.