



8440 Woodfield Crossing Blvd., Suite
175 • Indianapolis, IN 46240-4359
Correo Electrónico:
transportation@cicoa.org
Tel: 317-803-6153 / Fax: 317-803-6151



Solicitud para el Programa de Transporte de Personas Mayores

Servicios: Necesidades Esenciales-Servicios de Autobús

Requisitos de Elegibilidad: Tener 60 años o más y vivir y viajar dentro del Condado de Marion

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino Femenino Número de Medicaid : _____
 Estado Civil: Casado/a Divorciado/a Viudo/a Soltero/a Otro
 Etnicidad: Afroamericano/a Nativo/a de Alaska Asiático/a Caucásico/a Hispano/a Nativo American/a Otro
 Dirección: _____ Apt: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____
 Tel.de casa: (____) _____ Número celular: (____) _____
 Correo electrónico: _____
 Municipio: Center Decatur Franklin Lawrence Perry Pike Warren Washington Wayne
 Complejo de apartamentos (si procede): _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (al menos un contacto válido es obligatorio)

Nombre del contacto principal: _____ Relación: _____ Poder Natorial: Sí / No
 Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Correo electrónico: _____
 Nombre del contacto secundario: _____ Relación: _____ Poder Natorial: Sí / No
 Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Correo electrónico: _____
 Autorizo a CICOA *Aging & In-Home Solutions* para contactar las personas mencionadas en mi nombre.

¿Cómo se enteró del Programa de Transporte para Personas Mayores de Way2Go? Anuncio Iglesia
 Organización comunitaria Familia/Amigo Proveedor de cuidado médico Internet/Sitio web Asistente Social
 Personal de CICOA (proporcione el nombre: _____) Otro: _____

¿Cuántas personas en el hogar tienen 60 años o más? 1 2 3

Marque la casilla abajo que más se acerque a su ingreso mensual. Si hay dos o más personas que vivan en su residencia que tengan 60 años o más, también debe incluir los ingresos de estas personas.

<p>Familia de UNO</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 – \$1,073</p> <p><input type="checkbox"/> \$1,074-\$1,986</p> <p><input type="checkbox"/> Más de \$1,987</p>	<p>Familia de DOS</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 – \$1,452</p> <p><input type="checkbox"/> \$1,453-\$2,686</p> <p><input type="checkbox"/> Más de \$2,687</p>	<p>Familia de TRES</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 – \$1,830</p> <p><input type="checkbox"/> \$1,831-\$3,386</p> <p><input type="checkbox"/> Más de \$3,387</p>
---	---	--

Tipo de Vivienda: De alquiler Comprada Vive con familia o amigos Vivienda Asistida Residencia de ancianos Otro

Señale otros medios que usa para moverse por la ciudad:

Vehículo personal Familia/Amigos Transporte Público Caminar Otro programa de transporte

¿Está certificado para ser un "IndyGo Open Door Rider"? Sí No Si la respuesta es afirmativa, certificado hasta: ____/____/____

¿Cuáles de las siguientes **ayudas de movilidad** utiliza? **Por favor, marque todas las que apliquen.**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Teclado de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Andador móvil | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | |

¿Tiene algún impedimento visual? Sí No

¿Tiene algún impedimento auditivo? Sí No

¿Requiere usted de algún ayudante para acompañarle y darle asistencia mientras usa servicios de transporte?

Si No A veces

Quando el **Way2Go Departamento de Transporte** reciba su solicitud, la procesará en 3 ó 5 días hábiles. Después de que sea procesada, usted será elegible para programar un viaje de **Necesidades Esenciales**, participar en **Servicios de Transporte**. Si le gustaría recibir noticias sobre su solicitud, puede ponerse en contacto con nuestra oficina por teléfono al número 317-803-6153 o por correo electrónico a transportation@cicoa.org.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** ____/____/____

Persona que ha completado la solicitud (si es necesario): _____

Relación: _____ **Fecha:** ____/____/____

AVISO DE DISPOSICIONES DE PRIVACIDAD DE HIPAA PARA INFORMACION MEDICA PROTEGIDA

Reconozco que he recibido el Aviso de Disposiciones de Privacidad de HIPAA para Información Médica Protegida del **Way2Go Departamento de Transporte de CICOA**.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** ____/____/____

FOR OFFICE USE ONLY
DATE RECEIVED: _____
DATE ENTERED: _____