8440 Woodfield Crossing Blvd.,Ste 175
Indianapolis, IN 46240
Email: transportation@cicoa.org
Ph: 317-803-6153 / Fax: 317-803-6151

CICOA Aging & In-Home Solutions

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE "MY FREEDOM TRANSPORTATION" ("SE REQUIERE EL FORMULARIO DE SOLICITUD Y VERIFICACIÓN MÈDICA MY FREEDOM PARA COMENZAR EL PROCESAMIENTO") Este programa está diseñado para atender a personas de cualquier edad con una discapacidad que tienen dificultades para usar el transporte público regular debido a su discapacidad. **Program utilization requires cross county transit**

Apellido: _____ Nombre: _____ icial del segundo nombre:____

Fecha de nacimiento: ____/____/__Género: ☐Masculino ☐Femenino ☐Otro Condición de veteran: Yes ☐ No ☐
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 Americano/a ☐Otro

Dirección: _____ Apt._____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código postal:_____

Tel. de casa: (_____)_____ Número de celular: (_____)_____

Dirección postal (si es diferente de la anterior):_____

Correo electrónico:_____

Condado: ☐Boone ☐Hamilton ☐Hancock ☐Hendricks ☐Johnson ☐Marion ☐Morgan ☐Shelby ☐Otro:_____

CONTACTO DE EMERGENCIA (POR LO MENOS UN CONTACTO VÁLIDO ES OBLIGATORIO)

[POA = Poder general para pleitos]

Nombre de contacto principal: _____ Relación: _____ POA: Sí/No
Tel. de casa: (_____) _____Número de celular: (_____) _____ Correo electrónico:_____

Nombre de contacto secundario: _____ Relación: _____ POA: Sí/No
Tel. de casa: (_____) _____ Número de celular: (_____) _____ Email:_____

☐Autorizo a que *"CICOA Aging and In-Home Solutions"* contacte con las personas nombradas.

Indique si asiste a alguno de los siguientes:
☐Empleo ☐Diálisis; en caso afirmativo, indique los días de tratamiento: _____

¿Cruzarás las fronteras del condado? ☐Sí ☐No

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

¿Cómo se enteró del programa *My Freedom*? ☐Anuncio ☐Iglesia

☐Organización de la comunidad ☐Familia/Amigo ☐Proveedor de atención médica ☐En línea/ sitio web ☐Trabajador(a) social

☐Personal de CICOA (indica el nombre: _____) ☐Otro:_____
¿Cuántas personas en el hogar familiar tienen 60 años o más? ☐1 ☐2 ☐3

Marque la casilla 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 esas personas.

Familia de **UNO**	Familia de **DOS**	Familia de **TRES**
☐ $0 – $1,330	☐ $0 – $1,803	☐ $0 – $2,276
☐ $1,331-$2,859	☐ $1,804-$3,877	☐ $2,277 - $4,857
☐ $2,860-$3,990	☐ $3,878-$5,410	☐ $4,858 - $6,830
☐ Over $3,990	☐ Over $5,410	☐ Over $6,830

(DOBLA A COMPLETAR PÁGINA 2) →

Tipo de vivienda: ☐ De alquiler ☐Comprada ☐Vive con familia/amigo ☐Vivienda Asistida ☐ Residencia de ancianos ☐Otro(a)

Señale otros medios que usa para moverse por la ciudad:
☐Vehículo personal ☐Familia/Amigos ☐Transporte Público ☐Caminar ☐Otro Programa de transporte

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

☐Silla de Ruedas Manual ☐Animal de Servicio
☐Bastón Blanco (para los ciegos) ☐Silla de Ruedas Eléctrica ☐teclado de Comunicación
☐Andador móvil
☐Oxigeno portátil

¿Tiene usted un impedimento visual? ☐Sí ☐No ¿Tiene usted un impedimento auditivo? ☐Sí ☐No

¿Requiere usted de algún ayudante para acompañarle y darle asistencia mientras usa servicios de transporte?
☐Sí ☐No ☐A veces

Por favor describa su condición de salud o discapacidad y **cómo esto le impide usar el transporte público normal:**

_____

_____

_____

Por favor describa cualquier problema que usted tenga para **comprender y recordar cómo usar un autobús de transporte público:**

_____

_____

Certificación del Solicitante

Entiendo que el propósito de este formulario es determinar si reúno los requisitos para participar en el programa ***My Freedom Transportation Voucher*** y recibir vales de transporte ofrecidos por CICOA *Aging & In-Home Solutions ("Soluciones de Envejecimiento y para el hogar")*. Entiendo que este programa está diseñado para servir a personas **de cualquier edad con una discapacidad** que tengan dificultad para usar el transporte público debido a su discapacidad.

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario de admisión es verdadera y correcta en la medida de mis habilidades.

Estoy de acuerdo en que cualquiera de los vales de *My Freedom* que yo compre son solo para mi uso personal. Estoy de acuerdo en que no voy a dar ni vender mis vales a ningún otro individuo. Reconozco que dar o vender mis vales a cualquier otro individuo podría impedir mi participación continuada en el *My Freedom Transportation Program.*

Firma del solicitante: _____Fecha: _____/_____/_____

Persona que completa este formulario por el solicitante (si es necesario): _____

Relación: _____ Fecha: _____/_____/_____

AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION MEDICA

Autorizo a que CICOA Way2Go *Transportation Department* obtenga información médica de (lista de médicos abajo);

_____

_____

cuando sea necesario para el proceso de análisis de elegibilidad y coordinación general del *My Freedom Transportation Voucher program.*

Firma del Solicitante: _____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 de Way2Go *Transportation Department.*

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____/_____/_____