

Tarjeta de datos personales, certificación y autorización de liberación de información protegida de salud



Favor de leer, firmar, fechar y enviar por correo o entregar en VTA Eligibility Department, 3331 N. First St., San Jose, CA 95134. Este formulario puede ser descargado en www.vta.org

Las solicitudes de personas que son menores de 18 años de edad deben ser completadas por el padre, tutor legal o custodio del solicitante. Si un solicitante tiene 18 años de edad o más, pero no es capaz de completar el formulario de solicitud debido a una incapacidad física o de visión, el solicitante debe haber dado permiso a la persona que complete el formulario de solicitud. Las solicitudes para personas de 18 años de edad o mayores con incapacidades cognitivas deben ser completadas por el tutor legal o custodio del solicitante.

Las solicitudes que no cumplan con los criterios anteriores no serán procesadas. Muchas gracias de antemano por su cooperación. Paratransporte VTA ACCESS se pondrá en contacto con usted para una entrevista telefónica.

Sección 1: Datos personales Marque uno: Nuevo Solicitante Cliente existente
(ID de Paratransporte # _____)

Nombre del solicitante: _____ (Sr/Sra/Srta – marque uno)

Fecha de nacimiento: _____

Información del formulario de solicitud:

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono celular: _____

Mejor(es) hora(s) para llamar: _____ Correo electrónico: _____

Idioma principal: _____

¿Cuál es su principal discapacidad y/o su condición más limitante?

¿Utiliza cualquier ayuda para movilidad o equipo especializado? Sí No

Si su respuesta fue “Sí”, marque todo lo que aplique:

- Bastón Bastón blanco Andadera Muletas Silla de ruedas manual
 Silla de ruedas eléctrica Scooter eléctrico Soportes para las piernas Respirador Tanque de oxígeno portátil
 Prótesis Animal de servicio Dispositivos para el habla Tablero de comunicación Otro _____

¿Necesita que cualquier información escrita en el futuro se le proporcione en un formato accesible? Sí No

Si dijo “Sí”, favor de marcar el formato que prefiere:

- Correo electrónico Diskette Cinta de audio Braille Letra grande

¿Estaría interesado en aprender más sobre las opciones de movilidad y capacitación para viajes? Sí No

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el solicitante: _____ Teléfono(s): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Sección 2: *Autorización de liberación de información protegida de salud*

Entiendo que la información protegida de salud proporcionada durante el proceso de solicitud y entrevista será mantenida en forma confidencial, y compartida solamente con los siguientes profesionistas y proveedores según sea necesario para determinar la elegibilidad y proveer servicios de paratransporte, y para control de calidad/ auditorías para cumplir con las regulaciones de ADA y las políticas de VTA.

Sección 3: *Autorización para liberar información médica*

(Favor de incluir la información de contacto de su médico o profesional con licencia, quien pueda verificar su(s) discapacidad(es), o que tenga conocimiento sobre su(s) discapacidad(es) y limitaciones funcionales).

Por el presente autorizo a:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ FAX: _____

(OPCIONAL) Registro médico/Número Kaiser: _____

a liberar la información solicitada sobre mi discapacidad o discapacidades a los representantes de elegibilidad/contratistas de Paratransporte VTA ACCESS cuando ellos lo soliciten. La información liberada será utilizada solamente para evaluar mi elegibilidad para los servicios de paratransporte de VTA, según lo exige la Ley para los Estadounidenses con Discapacidades Físicas (Americans with Disability Act), 42 U.S.C. Sección 12101 y sigs., 104 Estat. 327.

Entiendo que tengo el derecho de revocar cualquier Sección de esta autorización en cualquier momento escribiendo a Paratransporte VTA ACCESS, excepto hasta donde dicha acción ya haya sido realizada con base en esta autorización.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Sección 4: *Certificación del solicitante* (favor de firmar)

Todos los solicitantes deberán firmar el formulario de solicitud completado. Si este formulario de solicitud ha sido completado por otra persona que no sea la persona que solicita la certificación, la persona que completó el formulario de solicitud deberá proveer la siguiente información:

Nombre de la persona que ayuda al solicitante: _____

Relación con el Solicitante: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado ___ Código Postal _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Al firmar

este formulario de solicitud, usted está certificando bajo pena de falso testimonio según las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del tutor legal/ custodio del solicitante: _____ Fecha: _____