Solicitud del Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP, por sus siglas en inglés)

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) de Pensilvania reembolsará el transporte público o el uso de un vehículo privado para los recibos de asistencia médica que requieran transporte de ida y vuelta cuando se acuda a un proveedor médico reembolsable por asistencia médica. Puede estar disponible el transporte con BCT si el destinatario tiene una discapacidad funcional que le impide usar el transporte público y un profesional médico certifica la discapacidad. La página 1 (una) de este formulario debe rellenarla y firmarla en su totalidad la persona que reúne los requisitos para recibir asistencia médica y solicita los servicios. El profesional médico de esta persona debe rellenar la página 2 (dos) de este formulario.

Sección 1: a rellenar por el solicitante

Nombre del solicitante: _____

N.º de la Seguridad Social: _____ -_____-_____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de teléfono: _____

Dirección postal: _____ N.º de apartamento: _____

Ciudad: _____Código postal: _____ Estado: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ N.º de teléfono de contacto de emergencia: _____

Instrucciones especiales o discapacidad: _____

_____Otros miembros de la familia que reúnen los requisitos:

Nombre:	Fecha de nacimiento:	N.º de la Seguridad Social:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Es propietario de un vehículo motorizado o tiene acceso a él? _____

¿Tiene una discapacidad que le impide usar el transporte público si está disponible? _____

***Tenga en cuenta que la página 1 de esta solicitud es solo para reembolsos. Si se necesita transporte, un profesional médico o clínico debe rellenar la página 2 en un plazo de 30 días.**

Por la presente certifico que la información aquí contenida es verdadera, correcta y completa. He leído esta solicitud en su totalidad, comprendo su contenido y acepto cumplir con todas las normas, reglamentos y procedimientos de Bucks County Transport, Inc. y del Programa de Transporte de Asistencia Médica (MATP). Comprendo que tengo derecho a solicitar una audiencia imparcial en el Departamento de Servicios Humanos de Pensilvania si se me niegan los servicios de transporte.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____