



## Programa de Asistencia de Transporte Medico (MATP) Solicitud

El Departamento de Servicios Humanos de Pennsylvania (DHS) proporcionara reembolso de transporte publico o el uso de un vehiculo privado para los Receptores de Asistencia Medica que requieran transporte hacia y desde un proveedor medico reembolsable por asistencia medica. El transporte con BCT puede estar disponible si el receptor tiene una discapacidad funcional que le impide usar el transporte publico, y un profesional medico certifica la discapacidad. Bucks County Transport es responsable de determinar la forma de transporte menos costosa y mas adecuada para un consumidor de MATP.

### Seccion 1 - Completada por el Solicitante

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono del Contacto de Emergencia #: \_\_\_\_\_

Utiliza un dispositivo de movilidad: \_\_\_\_\_

Por favor enumere los miembros adicionales del hogar que puedan ser elegibles:

| Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Numero de Seguro Social: |
|---------|----------------------|--------------------------|
| _____   | _____                | _____                    |
| _____   | _____                | _____                    |

¿Es propietario o tiene acceso a un vehiculo de motor confiable o tiene a alguien disponible que pueda transportarlo a sus citas medicas diariamente? (amigos o familiares) \_\_\_\_\_

¿Vive a menos de 1/4 de milla de una ruta fija? \_\_\_\_\_

¿Sus citas medicas estan a menos de 1/4 de milla de una ruta fija? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna condicion que le impida usar el transporte publico si esta disponible? \_\_\_\_\_

*\*Tenga en cuenta que si respondio si a la pregunta anterior, necesitaria que un profesional de la salud complete el formulario de discapacidad (pagina 2).*

***\*Por la presente certifico que la informacion contenida en este documento es verdadera, correcta y completa. He leído toda esta solicitud, entiendo su contenido y acepto cumplir con todas las reglas, regulaciones y procedimientos de Bucks County Transport, Inc., y el Programa de Asistencia de Transporte Medico (MATP). Entiendo que tengo el derecho de solicitar una Audiencia Justa del Departamento de Servicios Humanos de PA si se deniegan los servicios de transporte.\****

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_