



A ser completado por un profesional medico/clinico/de la salud

* Un profesional medico/clinico/de la salud es alguien que tiene capacitacion medica, brinda servicios rehabilitadores o terapeuticos, realiza evaluaciones cognitivas, gestion de casos o servicios de orientacion.

Si un solicitante solicita servicios de paratransito y no se ha determinado que el paratransito es la forma de transporte menos costosa y mas adecuada para satisfacer las necesidades del solicitante, un profesional de la salud debe proporcionar una explicacion de las limitaciones funcionales o preocupaciones que impidan al individuo usar el transporte publico de ruta fija. Las respuestas deben ser especificas y directamente relacionadas con la capacidad del individuo para acceder o usar el transporte publico. Tenga en cuenta que los vehiculos de SEPTA estan equipados con elevadores y pueden acomodar a pasajeros que usan sillas de ruedas, asi como a otros pasajeros con discapacidades. Esta solicitud no es para un diagnostico medico. Sin embargo, se puede solicitar informacion sobre limitaciones funcionales especificas y acomodaciones requeridas para respaldar la determinacion de elegibilidad.

Nombre del Pasajero:		N° SS o MAID:	

Por favor enumere cualquier problema que impida al consumidor poder utilizar los servicios de transporte publico:

TODAS LAS SILLAS DE RUEDAS DEBEN ESTAR EN BUEN FUNCIONAMIENTO Y DEBEN SER INSPECCIONADAS Y APROBADAS POR NUESTRO DEPARTAMENTO DE GESTION DE RIESGOS ANTES DE PROGRAMAR EL TRANSPORTE. SI UNA SILLA DE RUEDAS DEJA DE FUNCIONAR DURANTE EL TRANSPORTE, BCT SE COMUNICARA CON EL CONTACTO DE EMERGENCIA DEL CLIENTE PARA OBTENER ASISTENCIA. EL CONTACTO DE EMERGENCIA DEL CLIENTE O BCT LLAMARA AL 911 PARA ASISTENCIA PROFESIONAL DE EMERGENCIA A EXPENSAS DEL CLIENTE.

Certifico que, a mi leal saber y entender, debido a la discapacidad funcional descrita anteriormente, mi paciente no puede usar el transporte publico.

¿Es permanente esta discapacidad funcional? **Si** _____ **No** _____

Si no, por favor especifique aproximadamente cuanto tiempo tendra el paciente una discapacidad funcional. _____

¿La discapacidad de este paciente requiere la asistencia de un acompanante? **Si** _____ **No** _____

¿Puede este paciente usar el transporte publico con la asistencia de un acompanante? **Si** _____ **No** _____

Firma y Titulo del Profesional: _____ Fecha: _____

Nombre del Profesional (en letra de molde): _____ Telefono #: _____

Numero de Licencia (si aplica): _____

Seccion II - Notificacion de Apelacion

Si se ha informado a una persona que los servicios de transporte medico seran reducidos, cambiados, suspendidos, denegados, discontinuados o retrasados, el individuo tiene el derecho de apelar al Departamento de Servicios Humanos, Oficina de Audiencias y Apelaciones, P.O. Box 2675, Harrisburg, Pa. 17105. Si una apelacion oral o escrita tiene matasellos o es recibida dentro de los diez (10) dias de la fecha de envio del aviso de denegacion del servicio, los beneficios continuaran sin interrupcion mientras se espera el resultado de la apelacion. Una solicitud de audiencia justa debe tener matasellos o ser recibida dentro de los treinta (30) dias de la fecha de envio del aviso de denegacion del servicio. El cliente tendra la oportunidad de explicar el motivo de la apelacion.

Devuelva este formulario a:

Bucks County Transport, Inc

P.O. Box 510

Holicong, Pa. 18928

Email: info@bctransport.org o Fax: 215-794-5564