

PROGRAMA DE TRANSPORTACION FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD

SECCION I – INFORMACION DE IDENTIFICACION FAMILIAR

| | | |
|--|---------------------|---|
| NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, I) | FECHA DE NACIMIENTO | NUMERO DE TELEFONO |
| DIRECCION (Calle, Ciudad, Estado, Codigo Postal) | | CONDADO DE RESIDENCIA <b style="text-align: center;">DAUPHIN |

SECCION II – VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA MEDICA

| | | | | | |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------|--|
| ESTADO FINANCIAR DE MATP | <input type="checkbox"/> GRUPO I | <input type="checkbox"/> GRUPO II | (D-00,D-05, B-00, PD-00, PD-21, PD-22, TD-00, TD-11) | | |
| INFORMACION DE LA TARJETA DE ACCESO | NUMERO DE RECEPTOR | NUMERO DE SEGURO SOCIAL | | NUMERO DE TARJETA | |
| INFORMACCION DE ELEGIBILIDAD DE EVS COMPLETO POR: _____ | FECHA DE SERVICIO | | | | |
| | CODIGO DE PRESTACIONES DE SALUD | | | | |
| | CODIGO DE ESTADO DE PROGRAMA | | | | |
| | CATEGORIA DE ASISTENCIA | | | | |
| | NOMBRE DEL PLAN | | | | |
| | NUMERO DE TELEFONO | | | | |
| | LOCK IN INFO | | | | |

OTROS ELEGIBLE MIEMBROS DEL HOGAR

| NOMBRE | NUMERO DE RECEPTOR | SEGURO SOCIAL | ESTADO | FECHA DE NACIMIENTO | GRUPO | MODE | FREQ/Wk• Mo | NECESIDA ESPECIAL |
|--------|--------------------|---------------|--------|---------------------|-------|------|----------------|-------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

MODE KEY P = Transito Publico S = Shared Ride A = Auto Privado V = Voluntario O = Otras (See Svc. Notes)

SECTION III – DETERMINACION DE NECESIDAD DE SERVICIOS

| | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| OTROS FONDOS | <input type="checkbox"/> PENNDOT 203 | <input type="checkbox"/> DEPARTMENT OF AGING | <input type="checkbox"/> OTROS: (Explicar) _____ |
| NECESIDADES ESPECIAL | | | |
| MODE | | | |
| MAS INFORMACION OTROS SERVICIOS | | | |

SECTION IV – DECISION DE DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

| | | | | |
|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| ESTADO DE ELEGIBILAD | <input type="checkbox"/> ELGIBLE | <input type="checkbox"/> INELIGIBLE | FECHA DE NOTIFICACION | FECHA DE DETERMINACION |
|----------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|------------------------|

USTED VIVE ¼ MILLA (4 BLOQUES) O MENOS DE UNA RUTA DE AUTOBUS? CIRCULE SI O NO
USTED TIENE O TIENE ACESO A UN VEHICULO? CIRCULE SI O NO

SECTION V – AFFIRMATION OF INFORMATION

YO POR LA PRESENTE CERTIFICO, A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, QUE LA INFORMACION CONTENIDA AQUI ES LA VERDAD, ES CORRECTA Y COMPLETA. YO ESTOY DE ACUERDO A REPORTAR ALGUN CAMBIO HACIA MIS CIRCUNSTANCIAS INMEDIATAMENTE A ESTE PROVEEDOR DE SERVICIOS. YO ENTIENDO QUE DOCUMENTOS PARA TODOS LOS FACTORES DE ELEGIBILIDAD PUEDAN SER SOLICITADOS PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD CORRECTA O PARA PROPOSITOS DE AUDITORIA Y QUE A SABIENDAS HACER DECLARACIONES FALSAS ES UNA INFRACCION CRIMINAL Y UN DELITO. ENTIENDO QUE TENGO EL DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DE BIENESTAR DEPARTAMENTO PUBLICO. ESTA DECLARACION DE AFIRMACION CUBRE TODOS LOS ACCESORIOS NECESARIOS PARA LA DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD.

| FIRMA DE CLIENTE O GUARDIAN | FECHA | FIRMA DE ENTREVISTADOR | FECHA |
|-----------------------------|-------|------------------------|-------|
| | | | |
| | | | |