

Tarjeta de Datos Personales, Certificación y Autorización para Revelación de Información Médica Protegida



Por favor lea, firme, ponga la fecha, y envíe por correo este formulario al Departamento de Elegibilidad de VTA, 3331 N. First St., San Jose, California 95134. Este formulario también puede ser entregado en el Centro de Servicio al Pasajero (Customer Service Center) de VTA, 2 N. Market St., San Jose, California 95113. FAX (408) 238-1015. Las Tarjetas de Datos para personas menores de 18 años, deben ser llenadas por el padre del solicitante, el tutor legal, o su cuidador. Si un solicitante tiene 18 años o más pero no puede llenar la Tarjeta de Datos debido a una discapacidad física o visual, el solicitante debe haber dado permiso a la persona que está llenando esta Tarjeta de Datos. Las Tarjetas de Datos para personas mayores de 18 años con discapacidades cognitivas, deben ser llenadas por el tutor legal del solicitante o su cuidador. Ver la sección 4. Las Tarjetas de Datos que no cumplan con los criterios mencionados arriba no serán procesadas. Los formularios incompletos se enviarán por correo a los solicitantes. Gracias de antemano por su cooperación.

Sección 1 Datos personales Maque uno Solicitante nuevo Pasajero actual ID de pasajero N.º _____

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono de la casa _____ Número de celular _____

Mejor horario para llamar _____ Correo electrónico _____

Idioma que habla principalmente _____

¿Cuál es su principal discapacidad y/o condición más limitante que le impide usar el autobús parte del tiempo o todo el tiempo?

¿Utiliza alguna ayuda o equipo especializado para su movilidad? Sí No

Si respondió "Sí", marque todo lo que corresponda.

- Bastón Bastón blanco Andador Muletas Silla de ruedas manual
 Silla de ruedas eléctrica Scooter eléctrico Férulas Respirador Tanque de oxígeno portable
 Prótesis Animal de servicio Aparatos de comunicación Tablero de comunicación Otro

¿Necesita que le facilitemos información escrita en el futuro en algún formato accesible? Sí No

Si respondió "Sí", marque el formato que prefiera Correo Elect. Diskette Cinta de audio Braille Letra grande

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

Nombre del contacto de emergencia _____

Relación con el solicitante _____ Número de teléfono(s) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Continúa al reverso

Sección 2 Autorización para la revelación de información médica protegida

Entiendo que la información médica protegida proporcionada durante el proceso de solicitud y entrevista, se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con los siguientes profesionales o proveedores según sea necesario para determinar la elegibilidad y brindar servicios de paratransporte; y para el control/auditorías de calidad con el fin de cumplir con las regulaciones establecidas por la ley ADA y las políticas de VTA.

Sección 3 Autorización para revelar información médica

(Incluya la información de contacto de su médico o profesional autorizado, que pueda verificar su(s) discapacidad(es) o tenga conocimiento sobre su(s) discapacidad(es) y limitaciones funcionales).

Por la presente autorizo a:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____ FAX _____

(OPTIONAL) Medical Record/Kaiser Number _____

a revelar la información solicitada a continuación sobre mi discapacidad o discapacidades a los representantes/contratistas de elegibilidad de VTA ACCESS Paratransit, si así lo solicitan. La información revelada se utilizará únicamente para evaluar mi elegibilidad para los servicios de paratransporte de VTA, según lo exige la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, 42 U.S.C. Sección 12101 y siguientes, 104 Stats. 327.

Entiendo que tengo derecho a revocar cualquier Sección de esta autorización en cualquier momento escribiendo a VTA ACCESS Paratransit, excepto en la medida en que ya se hayan tomado acciones con base en esta autorización.

****Firma OBLIGATORIA** _____ Fecha _____
Solicitante / tutor legal / curador / apoderado

Nombre en letra de imprenta: _____
Solicitante / tutor legal / curador / apoderado

Sección 4 Certificación del solicitante

Al firmar esta solicitud, usted certifica bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California, que lo anteriormente señalado es verdadero y correcto.

****Firma OBLIGATORIA** _____ Fecha _____
Solicitante / tutor legal / curador / apoderado

Nombre en letra de imprenta: _____
Solicitante / tutor legal / curador / apoderado

Sección 5 Asistencia al solicitante (Obligatoria si el solicitante tiene un tutor legal, curador o apoderado)

Si este formulario ha sido llenado por el representante legal del solicitante, proporcione la siguiente información:

Nombre de la persona que asiste al solicitante _____ Relación con el solicitante _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Número Alternativo _____

Firma _____ Fecha _____
Tutor legal / curador / apoderado

VTA ACCESS Paratransit se comunicará con usted para programar una entrevista telefónica. Si tiene preguntas, llámenos al (408) 321-2381.