



## Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

---

### ¿Qué es Transit Plus?

Transit Plus es el programa que proporciona paratrásito servicios para Milwaukee County. La meta de Transit Plus es que proporcionar público transporte para gente con discapacidades quiénes son incapaz de usar ruta fija de Milwaukee County Transit System (MCTS) todos los autobuses o algunas veces.

### ¿Cómo se determina la elegibilidad?

Para determinar elegibilidad que considera su capacidad funcional y si que son capaz para viaje en autobuses MCTS todos o algunos veces. No basamos la elegibilidad en los síntomas, tipo de discapacidad, uso de una ayuda de movilidad, edad, ingresos, capacidad para conducir un vehículos, o el acceso a vehículos privados.

### ¿Cómo solicito Transit Plus?

El proceso incluye completar la aplicación y una evaluación en persona. Debemos recibir la aplicación completa antes de hacer una cita evaluación. Por favor utilice la página de la lista de verificación de la aplicación para asegurarse de que su aplicación sea completa y correctamente. Después de completar la aplicación y la evaluación en persona, su elegibilidad se determinará dentro de los 21 días. Si Transit Plus no puede tomar una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días, se proporcionará un servicio presuntivo al solicitante a partir del día 22 como si se hubiera otorgado la elegibilidad. El servicio puede terminarse si Transit Plus negara la aplicación más adelante.

- **No solicite ni autorice a un consultorio médico para que envíe por fax cualquier cosa a Transit Plus. Ya no aceptamos las aplicaciones por fax.**
- **No separe las partes 1, 2, 3, y 4. Por favor envíe toda la aplicación completa.**

### Notas Importantes sobre la Parte 4:

- **Parte 4 debe ser completada por un proveedor de atención médica autorizada.** El documento de certificación es válido por 90 días a partir de la fecha de la firma del proveedor.
- No separe la Parte 4
- Si usted o otro proveedor de atención médica sin licencia completan la Parte 4, su aplicación no será válida.
- Si omite alguna parte de la aplicación no podemos determinar su elegibilidad. Los documentos incompletos se devolverán al remitente sin procesar.
- No solicite ni autorice a una oficina médica para enviar documentos por separado a Transit Plus.
- Se permite documentación médica adicional pero no la use como sustituto de la Parte 4.



## Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

---

### Cómo envío mi aplicación?

Su aplicación puede ser enviada de cualquiera de las siguientes maneras:

#### **U.S Postal Service**

Transit Plus  
1942 N 17<sup>th</sup> Street  
Milwaukee, WI 53205

#### **In – Person**

8:30am-4:00pm  
Transit Plus Office  
1942 N 17<sup>th</sup> Street  
Milwaukee, WI 53205

Después de que Transit Plus reciba su aplicación completada y correctamente se le contactará con los horarios de citas. **Cualquier solicitante que pueda necesitar atención personal, asistencia para ir al baño o supervisión del comportamiento debe estar acompañado por un asistente o un miembro de la familia.**



### 1. Completa partes 1, 2 y 3 de la aplicación de elegibilidad

- Yo completé las partes 1, 2 y 3 completamente.
- Yo proporcioné mi información de contacto actual.
- Yo firmé la aplicación de elegibilidad.

### 2. Pídale a su proveedor de atención médica autorizado que complete la Parte 4

- Le entregué la aplicación de elegibilidad completa (Partes 1,2,3 y 4) a mi proveedor medico.
- Mi proveedor medico completó la Parte 4 y me devolvió todas las partes.
- Yo verifiqué que la Parte 4 se completó en su totalidad firmada y fechada.

### 3. Revise la aplicación de elegibilidad

- Yo contesté todas las preguntas y todas las partes que requieren firmas están firmadas por las persona correcta.
- Yo adjunto cualquier material adicional proporcionado por mi proveedor de atención médica (si es aplicable)
- Yo entiendo que Transit Plus procesa las aplicaciones de elegibilidad en la fecha que se recibió el pedido y que todas las partes de la aplicación deben estar **completas** o me las devolverán.

### 4. Haga una copia para sus registros

- Yo copié mi aplicación de elegibilidad para mis registros personales. Transit Plus no propoorcionará una copia.

### 5. Presentación de la aplicación de elegibilidad

- Yo presenté mi aplicación de elegibilidad de una de las siguientes maneras:
  - Por correo a 1942 N 17<sup>th</sup> Street Milwaukee WI 53205
  - En persona entre 8:30AM a 4:00PM

### 6. Programar cita de evaluación

- Yo entiendo que una vez que el personal de Transit Plus haya revisado mi aplicación completa me contactarán para programar una cita de evaluación.





## Aplicación Instrucciones para Paratransito Elegibilidad

### Parte 2: Inventario de dispositivos de asistencia

1. Yo use los siguientes dispositivos de asistencia todo el tiempo o a veces: (marca todos los que aplica)

- Caña     Muletas     Caminante/Andador     Prótesis     Oxígeno portátil
- Animal de servicio     Silla de ruedas manual     Silla de ruedas manual extra ancha (>30")
- Silla de ruedas motorizada / scooter     Ninguna     Otro \_\_\_\_\_

\*Por favor tenga en cuenta que si marcó "Silla de ruedas o Scooter" arriba personas que utilizan dispositivos de movilidad que superen los 30" de ancho y / o 48" de largo (medidos a 2 "sobre el suelo) no pueden ser acomodados. Además en situaciones en las que el solicitante y su dispositivo de movilidad tengan un peso combinado de más de 600 libras cuando está ocupado; es posible que no se pueda acomodar.

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tu estilo de vida actual?

- Casa Privada / Apartamento Privada     Instalación de rehabilitación
- Residencia asistida en casa o hogar grupal     Complejo de apartamentos para personas mayores
- Centro de enfermería especializada

3. ¿Es el solicitante actualmente inscrito en una atención a largo plazo del Wisconsin Department of Health Services? (Marque todo lo que aplica)

- My Choice Family Care     Community Care     IRIS     PACE     iLife
- iCare     Otro \_\_\_\_\_
- Actualmente no está inscrito en un programa de cuidado a largo plazo

Información de contacto para el administrador de casos, el representante o el consultor del programa de atención a largo plazo:

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



## Aplicación Instrucciones para Paratransito Elegibilidad

### Parte 3: Autorización para revelar información médica protegida

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

*Yo certifico que a mi entender la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa. Yo entiendo que MCTS se basará en esta información cuando determine mi elegibilidad para participar en el programa Transit Plus. También entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en mi estado de elegibilidad revocada o negada.*

*Yo autorizo a los proveedores nombrados aquí, a sus funcionarios, empleados, agentes, contratistas, miembros, directores, accionistas o afiliados encargados del manejo de registros medicos, para revelar a MCTS / Transit Plus todos la información de salud protegida relacionada con mi persona que sea razonablemente necesaria para que el proveedor pueda completar con precision la Parte 4 de esta aplicación.*

1. Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_
2. Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_
3. Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_  
Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

*Esta autorización permanecerá vigente hasta que mi elegibilidad para los servicios de paratransporte Transit Plus sea finalmente determinada o 90 días a partir de la fecha de al autorización, lo que ocurra primero. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en culaquier momento mediante el envoi de una notificación por escrito a las personas nombradas arriba. Entiendo que la revocación de esta autorización no es efectiva en la medida en que el proveedor ha confiado en él para el uso o divulgación de la información médica protegida antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.*



## Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

---

*Yo entiendo que cualquier información médica protegida divulgada de conformidad con esta autorización a un individuo o entidad que no está cubierta por las leyes y regulaciones de privacidad estatales y federales puede estar sujeta a revelar otra vez por el destinatario y ya no puede ser protegida por la ley federal o estatal.*

*Yo reconozco que las personas nombrados no condicionarán mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios (si aplica) ya sea si firmo esta autorización.*

---

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Fecha

El representante firmó por mí:

- Como el solicitante firmé en mi propio nombre
- Los Padres (si es menor de edad)
- Abogado
- Guardián legal



# Aplicación Instrucciones para Paratransito Elegibilidad

## Parte 4: Health care provider verification

Federal law requires that Transit Plus provide comparable paratransit services to persons who cannot use available Fixed Route bus service. The information provided will allow Transit Plus to make an appropriate evaluation of this applicant's functional abilities. Please fill in all sections that pertain to the applicant's disabilities as they relate to using public transportation.

Your patient's application for Transit Plus eligibility will be reviewed to determine whether they qualify for Paratransit services under the Americans with Disabilities Act (ADA). A person's eligibility for Paratransit services is dependent upon:

- 1) Inability to navigate the system independently;
- 2) Lack of accessible vehicles, stations, or bus stops (**All MCTS buses are accessible**); or
- 3) Inability to reach a boarding point or final destination.

**Unreadable or incomplete applications will be returned.**

Professional's Name (Printed): \_\_\_\_\_

Professional's Title/Position: \_\_\_\_\_

Professional License # (Required): \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

Office Phone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Patient's Name: \_\_\_\_\_ D.O.B \_\_\_\_\_

1. What is the nature of the disability/condition? (Check all that apply)

- Intellectual       Sensory       Physical

2. If the applicant has a visual impairment; the following are required:

Visual Acuity (with best correction): Left Eye: \_\_\_\_\_ Right Eye: \_\_\_\_\_

Visual Fields: Left Eye: \_\_\_\_\_ Right Eye: \_\_\_\_\_

Light Perception: Left Eye: \_\_\_\_\_ Right Eye: \_\_\_\_\_





## Aplicación Instrucciones para Paratransito Elegibilidad

---

3. What is/are the applicant's disabilities / diagnosis?

---

---

4. If multiple conditions / disabilities are listed identify the **most limiting condition** affecting patient's ability to utilize public transportation on the fixed route bus.

---

5. When did you last see the applicant for the previously stated condition(s)?

Date: \_\_\_\_\_

6. Is this condition:  Temporary  Permanent  Progressive

7. What is the current severity of the above disability?  Mild  Moderate  Severe

8. In your professional opinion is this applicant prevented from utilizing public transit due to their disability / condition?  Yes  Sometimes  No

If "yes" or "sometimes", please explain: \_\_\_\_\_

---

9. How is the applicant being treated for listed disability / condition?

Medication: \_\_\_\_\_

Mobility Device: \_\_\_\_\_

Therapy: \_\_\_\_\_

Programs: \_\_\_\_\_

Surgical Procedure: \_\_\_\_\_

Other: \_\_\_\_\_

10. How is the applicant managing / responding to treatment?

Worsening condition  Stable  Somewhat Effective  Very Effective

11. Is the applicant prevented by disability from completing daily activities?

Yes  Sometimes  No



## Aplicación Instrucciones para Paratrásito Elegibilidad

*I certify that the information contained in this application is true and correct to the best of my knowledge and ability. I hereby verify that the diagnosis of disability listed has been reviewed by me, is accurate and true and represents the current and physical and/or mental condition of the applicant named below.*

Patient's Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_

Professional's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**(Please note that this application is only valid for up to 90 days from date of signature)**

### Once complete, your application can be submitted in one of the following ways:

**U.S Postal Service**  
Transit Plus  
1942 N 17<sup>th</sup> Street  
Milwaukee, WI 53205

**In – Person**  
8:30am-4:00pm  
Transit Plus Office  
1942 N 17<sup>th</sup> Street  
Milwaukee, WI 53205

**Please be advised that the Transit Plus office will NOT accept faxes.**