



# Wheels-to-Wellness

Programa de asistencia de transporte médico en casos que no son de emergencia

## Forma para menores

**PARTE I a ser llenada por los solicitantes y/o personas encargadas.**

**PARTE II a ser llenada y firmada por un certificador médico, si se solicita con base en una discapacidad.**

Se debe abonar una tarifa de inscripción de \$15.00 al momento de la inscripción.

Envíe por correo el formulario lleno a: Potomac and Rappahannock Transportation Commission (PRTC) o por fax al (703) 583-1702. Enviar formularios incompletos puede ocasionar retrasos en el procesamiento de los mismos.

### PARTE I

Nombre del menor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

*Esta solicitud debe ir acompañada de prueba de residencia. Refiérase a la página 4 para ver qué documentos son aceptables.*

Teléfono: Día (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Noche (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número del seguro social (solo los últimos cuatro números): XXX-XX-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Nombre del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Día (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Noche (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número del seguro social (solo los últimos cuatro números): XXX-XX-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

*Esta solicitud debe ir acompañada de prueba de relación. Refiérase a la lista siguiente para ver qué documentos son aceptables.*

### Prueba de relación con menor solicitante

El padre/madre/tutor puede probar la relación con el solicitante con uno de los siguientes documentos.

- El certificado de nacimiento de los EE. UU. del menor con el nombre del padre/madre
- Un certificado de nacimiento del extranjero con los nombres del padre y la madre (traducido, si fuera necesario)
- Un Informe de nacimiento consular (Formulario FS-240) con el nombre del padre y la madre
- Un Certificado de informe de nacimiento (Formulario DS-1350) con el nombre del padre y la madre
- Un decreto de adopción (traducido, si fuera necesario)
- Una Orden del tribunal que establezca la custodia
- Una Orden del tribunal que establezca la tutoría

Si los nombres del padre, la madre o de los tutores han cambiado desde la expedición de los documentos antes mencionados, se debe presentar prueba de los cambios de tales nombres legales.

**Parte I**

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

***Prueba de la identidad del padre, la madre o tutor debe acompañar esta solicitud. Refiérase a la lista para ver qué documentos son aceptables.***

- Licencia de conducir válida
- Una tarjeta de ID expedida por el gobierno válida
- Una tarjeta de ID militar de EE. UU. válida
- Un pasaporte de los EE. UU. o extranjero válido con una fotografía que se pueda reconocer
- Su certificado de naturalización o de ciudadanía de USCIS con una fotografía que se pueda reconocer
- Su tarjeta de residente extranjero de USCIS

**Cuáles son los requisitos para el programa Wheels-to-Wellness:**

- ❖ Los solicitantes **NO** pueden ser elegibles para recibir transporte médico que no sea de emergencia de Medicaid a través del Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia.
- ❖ Los solicitantes **DEBEN** vivir en un hogar de bajos ingresos. ***El ingreso combinado del hogar no debe ser de más de 1,9 veces el nivel federal de pobreza. Se exige verificación. Ver la página 4 para obtener información. Y,***

[ ] Tengo 80 años o más. *(Adjunte una fotocopia de una tarjeta de ID con fotografía expedida por el gobierno que indique la fecha de nacimiento); o*

[ ] Tengo una discapacidad, conforme se define en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. *(Debe hacer que un certificador complete la Parte II)*

**Acomodaciones de transporte que necesito:**

- [ ] Silla de ruedas [ ] Andador [ ] Animal de servicio (Si no fuera perro, especifique \_\_\_\_\_)
- [ ] Acompañante [ ] Otro, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,

*(en letra de imprenta) (firma)*

**por medio de la presente certifico que la información provista en la presente es verdadera y exacta de acuerdo a mi mejor saber y entender. Entiendo que la solicitud y los criterios de elegibilidad están sujetos a revisión y verificación y que la falsía intencional de cualquier información podría resultar en la suspensión o la terminación de la inscripción en el programa y la asistencia de transporte. Entiendo también que se me puede exigir que reintegre al programa Wheels-to-Wellness cantidades de dinero que se me dieron como resultado de proporcionar información inexacta o mediante el mal uso de la tarjeta de compra electrónica que se me expidió conforme a las reglas del programa. Entiendo que se pueden realizar verificaciones de elegibilidad periódicas al azar de los participantes inscritos en *Wheels-to-Wellness*. Entiendo que se me puede contactar para preguntarme si es satisfactorio el servicio que me están proporcionando a través del programa.**



**Parte II**

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_

**A ser llenada por un médico o alguno de los profesionales certificados a nivel estatal o nacional siguientes:  
Terapeuta físico, terapeuta ocupacional, consejero de rehabilitación, enfermero colegiado o trabajador social.**

**Criterios de elegibilidad: Sírvase marcar el criterio de elegibilidad que pertenece al solicitante.**

- Necesita usar silla de ruedas
- Tiene una discapacidad que le impide estar parado por sí mismo por diez (10) minutos o más y necesita usar muletas, bastón, soporte, andador u otro tipo de ayuda.
- No puede subir un tramo de tres (3) escalones de una altura de ocho (8) pulgadas y no puede caminar cien yardas en una superficie plana sin pausa.
- Es legalmente ciego. La definición de ceguera legal es “agudeza visual central de 20/200 o menos en ambos ojos con la mejor corrección o restricción de campo visual de 20 grados o menos.
- Tiene un diagnóstico de discapacidad de desarrollo o intelectual, lesión a la cabeza, enfermedad de Alzheimer o trastorno relacionado y tiene una incapacidad cognoscitiva (incapacidad de seguir instrucciones verbales, escritas o pictóricas) que causa desorientación, confusión o demuestra tener estimulación problemática cuando se encuentra en un entorno asociado con muchedumbres y/o ruido.
- Sordo o hipoacúsico. (Este lineamiento **debe** ser certificado o bien por un audiólogo con licencia o un otorrinolaringólogo con licencia que utiliza un audiograma para hacer el diagnóstico): Una persona cuya pérdida de audición sea de 70 dba o mayor en los rangos de 500, 1000, 2000 KHz en ambas orejas, independientemente del uso de ayudas auditivas.

¿Es la discapacidad permanente? \_\_\_\_\_ ¿Es la discapacidad temporal? \_\_\_\_\_

Si es temporal, ¿por cuánto tiempo (en meses)? \_\_\_\_\_

**¿Alguno de lo siguiente pertenece al solicitante?**

	Sí	No
1. Tiene una condición médica que le impide usar cinturón de seguridad.	_____	_____
2. Debe viajar con escolta o acompañante. (Si la respuesta fuera “Sí”, al solicitante se le exigirá viajar con una escolta en todo momento.)	_____	_____
3. Necesita la ayuda de un animal de servicio para viajar.	_____	_____

**Esta información refleja mi opinión profesional de que el solicitante es elegible de acuerdo con los criterios establecidos aquí.**

Nombre del certificador: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de registro/certificación del estado: \_\_\_\_\_

Firma del certificador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Exclusivamente para uso del personal*

Autorizado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número de ID de **Wheels-to-Wellness**: \_\_\_\_\_





## Wheels-to-Wellness

Programa de asistencia de transporte médico en casos que no son de emergencia

### Forma para menores

#### ***Prueba de residencia:***

Para proporcionar prueba de residencia, el documento debe mostrar su nombre y la dirección de su residencia actual del modo que aparece en esta solicitud. Debe proveer una dirección con calle; no es aceptable dar el número de una casilla postal ni dirección de oficina.

*Las personas sin hogar pueden sustituir la prueba de residencia por prueba de servicios recibidos si están recibiendo asistencia de una agencia de servicio social o de una organización sin fines de lucro en un lugar ubicado en el área del Gran Prince William.*

Ejemplos de los documentos que son aceptables son los siguientes:

- Recibo de servicios públicos que no sea de más de dos meses de antigüedad, expedido a nombre del solicitante (ejemplos incluyen recibos de gas, electricidad, alcantarillado, agua, cable o teléfono). No se aceptan recibos de teléfonos celulares ni de buscapersonas.
- Talón del cheque de planilla expedido por un empleador en los últimos dos meses
- Formulario W-2 o el Formulario 1099 de declaración de impuestos del Servicio de Rentas Internas de los EE. UU. (que no tenga más de 18 meses de antigüedad)
- Declaración de impuesto a la renta de los EE. UU. o de Virginia del año anterior
- Estado de cuenta bancario mensual original que no tenga más de dos meses de antigüedad, expedido por un banco
- Declaración anual de la Seguridad Social para el año calendario actual o anterior
- Recibo actual del seguro del automóvil o de vida (no se aceptan los carnés ni las pólizas)
- Copia certificada de los registros/certificado de estudios de una escuela en la que el solicitante esté matriculado actualmente, expedido por una escuela acreditada por un estado, jurisdicción o territorio de los EE. UU. O BIEN un estado, jurisdicción o territorio del Departamento de Educación de Virginia O BIEN un formulario de Certificado de Matrícula del Departamento de Educación de Virginia (no se acepta una libreta de notas)
- Carné de registro de votante de Virginia
- Licencia de conducir, permiso de aprendiz de conductor o carné de identificación con fotografía de DMV de Virginia que muestre la dirección actual de Virginia del solicitante
- Formulario de Certificado de Matrícula Escolar (no se acepta una libreta de notas)
- Póliza de seguro de propiedad de vivienda actual o recibo
- Cheque pagado (de no más de dos meses de antigüedad) con el nombre y la dirección impresos
- Escritura, hipoteca, balance mensual de hipoteca o acuerdo de alquiler residencial
- Formulario de confirmación de cambio de dirección del Servicio Postal de los EE. UU. o correspondencia de correo sellada por el servicio de correo de los EE. UU. con etiqueta de la nueva dirección.



## Wheels-to-Wellness

Programa de asistencia de transporte médico en casos que no son de emergencia

### Forma para menores

#### Los Lineamientos Federales de Pobreza

##### Cómo mide la pobreza el Buró del Censo

Siguiendo la Directiva 14 de Política Estadística de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB), el Buró del Censo usa un conjunto de umbrales de ingreso monetario que varía por tamaño y composición de la familia para determinar quién se encuentra en la pobreza. Si el ingreso total de una familia es menor que el umbral de la familia, entonces esa familia y cada persona en la misma se considera en la pobreza. Los umbrales oficiales de pobreza no varían geográficamente, pero se actualizan por inflación usando el Índice de Precios del Consumidor (CPI-U). La definición oficial de pobreza usa el ingreso monetario antes de pagar impuestos y no incluye ganancias de capital ni beneficios que no sean en efectivo (como por ejemplo vivienda pública, Medicaid y estampillas de alimentos).

Fuente: Buró del Censo de los EE. UU., cálculos de ingreso de área pequeña y pobreza para los estados y los condados; se actualiza cada año. <http://www.census.gov/did/www/saipe/>.

##### La definición de ingreso del hogar

El ingreso del hogar es la suma de ingreso monetario recibida durante el año calendario por todos los miembros del hogar de 15 años de edad y mayores, incluyendo a los miembros del hogar que no estén relacionados con el titular del hogar, la gente que vive sola y otros miembros del hogar que no son familiares. Incluidos en el total se encuentran las sumas que se hayan declarado por separado por ingreso de sueldo o salario; ingreso neto de empleo independiente; intereses, dividendos o alquileres netos o ingresos por regalías o ingresos de herencias y fideicomisos; ingreso de la Seguridad Social o de jubilación de ferrocarriles; ingreso de seguridad suplementario (SSI); pagos de asistencia pública o bienestar; pensiones de jubilación, sobreviviente o discapacidad; y todo otro tipo de ingreso.

Los límites de ingreso del hogar que aparecen en el Cuadro siguiente son 1,9 veces las definiciones de pobreza del Buró del Censo para 2016. Los límites que se muestran en el Cuadro son aquellos que se usarán para determinar los requisitos de los residentes para participar en el programa **Wheels-to-Wellness** sobre la base de hogares de bajos ingresos.

<b>MÁXIMOS DE INGRESO DE 2018 PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD DE LOS HOGARES DE BAJOS INGRESOS PARA EL PROGRAMA <i>Wheels-to-Wellness</i></b>	
<b>Personas en la familia /hogar</b>	<b>Guía de ingresos</b>
Para familias/hogares con más de 8 personas, añadir \$8.208 por cada persona adicional.	
1	\$23.066
2	\$31.274
3	\$39.482
4	\$47.690
5	\$55.898
6	\$64.106
7	\$72.314
8	\$80.522