



## Solicitud común de TripLink

TripLink ofrece una Solicitud común en línea para servicios de transporte sin fines de lucro en el sureste de NH en nombre de COAST, Community Rides, Ready Rides, Rockingham Nutrition & Meals on Wheels, TASC y Community Action Partnership for Strafford County. Esta solicitud alternativa puede presentarse en su lugar. Para obtener más información sobre estos servicios y los requisitos de elegibilidad antes de solicitarlos, visite <https://CommunityRides.org/form/rider-application> o llame al 603-834-6010.

Cuando utilice la Solicitud común, responda a todas las preguntas de las secciones INFORMACIÓN DE CONTACTO, INFORMACIÓN DEMOGRAFICA e INFORMACIÓN ADICIONAL del formulario. Las preguntas que solo se formulan para determinados servicios se encuentran al final de la solicitud. Solo tiene que responder las preguntas correspondientes a los servicios que solicita.

Complete esta solicitud y envíela por correo o fax a la siguiente dirección. Un representante se pondrá en contacto con usted cuando reciba su solicitud completada. Si estas aplicando para ser un/a ADA Auxiliar de tránsito, al sistema de Transportación del adulto mayor en Portsmouth ó Viajes comunitarios, tambien se le requerira una autorizacion para la divulgación de Información Medica al final de su aplicación.

TripLink  
42 Sumner Drive  
Dover, NH 03820

Teléfono: 603-834-6010  
Fax (seguro): 855-975-2546  
Correo electrónico: TripLink@CommunityRides.org

## SERVICIOS

---

### Solicito los siguientes servicios:

(marque todas las opciones que correspondan)

- Paratránsito de la ADA de COAST
- Portsmouth Senior Transportation de COAST
- COAST Route 7 a petición
- Programa de Transporte para Personas Mayores de Community Action Partnership of Strafford County
- Community Rides
- Ready Rides
- Traslado de personas mayores de Rockingham Nutrition & Meals on Wheels
- Transportation Assistance for Seacoast Citizens (TASC)

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN RESIDENCIAL

Dirección (calle) 1: \_\_\_\_\_

Dirección (calle) 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN POSTAL

Dirección (calle) 1: \_\_\_\_\_

Dirección (calle) 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

**Tipo de teléfono:**  Casa  
 Móvil  
 Trabajo  
 Otro

**Tipo de teléfono:**  Casa  
 Móvil  
 Trabajo  
 Otro

**Todos los servicios, excepto TASC, envían recordatorios automáticos a su teléfono principal. ¿Desea recibir los recordatorios por llamada o mensaje de texto? (Los recordatorios por mensaje de texto requieren un teléfono móvil)**

Llamada telefónica     Mensaje de texto

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

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

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEMOGRAFICA**

---

*Las siguientes preguntas se presentan con la intención de determinar su elegibilidad.*

**Género:**  Femenino  Masculino  Prefiero no decir

Prefiero describirlo \_\_\_\_\_

**Etnicidad:**  Hispano o Latino  No Hispano o Latino

**Raza:**

- Blanca
- Afroamericana
- Asiático
- Nativo Americano/Nativo de Alaska
- Nativo Hawaiano/Otra Polinesia
- Otra Multiracial: \_\_\_\_\_
- Nativo Americano/Nativo de Alaska **y** Blanca
- Asiático **y** Blanca
- Afroamericana **y** Blanca
- Nativo Americano/Nativo de Alaska **y** Afroamericana

**¿Usted ha estado en el servicio militar?**  Sí  No

## INFORMACIÓN ADICIONAL

---

### ¿Utiliza algún dispositivo de movilidad que lo ayude a llegar a su destino?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No                   | <input type="checkbox"/> Andador                | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica/scooter |
| <input type="checkbox"/> Muletas              | <input type="checkbox"/> Asiento de coche       | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas bariátrica        |
| <input type="checkbox"/> Bastón/bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Otro _____                        |

Si utiliza una silla de ruedas o un scooter manual o motorizado, se requiere la siguiente información:

Largo: \_\_\_\_\_ pulgadas Ancho: \_\_\_\_\_ pulgadas

Peso: \_\_\_\_\_ libras (Persona y dispositivo combinados)

### ¿Necesita utilizar un ascensor o una rampa para subir a un vehículo?

- No
- Sí, necesito un ascensor o una rampa.
- Necesito un ascensor. No puedo usar una rampa.
- Necesito una rampa. No puedo usar un ascensor.

### ¿Utiliza un animal de servicio? Sí No

### ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

- Impedimento en la visión
- Impedimento en la audición
- Uso una prótesis

### ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos médicos?

- Oxígeno
- Otro: \_\_\_\_\_

### ¿Viajará con un asistente de cuidado personal (PCA)?

- Siempre  A veces  Nunca

**Si se lo considera elegible para este servicio, usted:**

- ¿Podrá recibir el vehículo en la acera?
- ¿Necesitará ayuda desde la puerta de su punto de recogida hasta el vehículo?
- ¿Necesitará ayuda desde el vehículo hasta la puerta de su destino?

**Si alguien lo acompañará en sus viajes, ¿es un niño o un adulto?**

- Nadie
- Niño
- Adulto

**¿Tiene Medicaid?**       Sí       No

**Si corresponde, ¿podemos compartir su información de contacto con otras agencias de transporte que puedan ayudarlo?**

- Sí
- No

**¿Tiene alguien un poder notarial duradero en su nombre?**       Sí       No

**Otros comentarios**

---

---

---

---

## PREGUNTAS ESPECÍFICAS SOBRE EL SERVICIO

---

### ADA de COAST

¿Ha tenido alguna vez un servicio de paratransito de la ADA en otro lugar?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

Identifique todas las condiciones que influyen en su capacidad para utilizar el sistema de autobuses de ruta fija de COAST y describa cómo afectan su capacidad para viajar en autobús.

Condición: \_\_\_\_\_

Efecto: \_\_\_\_\_

Condición: \_\_\_\_\_

Efecto: \_\_\_\_\_

Condición: \_\_\_\_\_

Efecto: \_\_\_\_\_

¿Su condición es temporal?  No  Sí, fecha prevista de finalización: \_\_\_\_\_

No sé

Con ayuda de un dispositivo de movilidad o por sí mismo, ¿qué distancia es capaz de recorrer sin la ayuda de otra persona?

menos de 200 pies

1/4 milla

1/2 milla

3/4 milla

más de 3/4 milla

Otros comentarios \_\_\_\_\_

**Si se lo considera elegible para este servicio, usted:**

- podrá recibir el vehículo en la acera.
- necesitará ayuda desde la puerta de su punto de recogida hasta el vehículo.
- necesitará ayuda desde el vehículo hasta la puerta de su destino.

**Marque cada una de las siguientes condiciones que le impedirían ir y volver de las paradas sin la ayuda de otra persona.**

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Colinas empinadas                     | No hay aceras                            |
| No hay rampas en las aceras           | No hay pasos peatonales                  |
| Nieve o hielo                         | Lluvia intensa                           |
| Horas de oscuridad                    | Intersecciones sin señales para peatones |
| Clima frío por debajo de ____F        | Tiempo caluroso por encima de ____F      |
| Contaminación del aire por encima de: |  |
| ____ Insalubre para grupos sensibles  | ____ Insalubre                           |
| ____ Muy insalubre                    | ____ Días de acción                      |

**Con buen tiempo, una vez que se llega a una parada de autobús, cuánto tiempo puede esperar:**

- |                              |          |
|------------------------------|----------|
| Si no hay refugio o banco,   | _____min |
| Si hay un banco solamente,   | _____min |
| Si hay un refugio con banco, | _____min |

**¿Actualmente utiliza los autobuses de ruta fija de COAST?**

- Sí ¿Cuántos días al mes? \_\_\_\_\_
- No Si la respuesta es negativa, responda la siguiente pregunta

**¿Ha viajado alguna vez en los autobuses de ruta fija de COAST?**

- Sí
- No Deje de viajar porque \_\_\_\_\_

**Si fuera a viajar en un autobús de ruta fija, ¿sería capaz de identificar el autobús correcto para subir y la parada de destino?**

- Sí
- No

Si la respuesta es negativa, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Sería capaz de subir y bajar de un autobús que tiene una “pisadera” para bajar el primer escalón o un diseño de piso bajo sin escaleras internas?  Sí  No  Nunca intenté

## COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP OF STRAFFORD COUNTY

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

¿Cuál es su situación laboral?  Empleado  Desempleado

Últimos 4 dígitos de su número de seguro social: \_\_\_\_\_

¿Último grado escolar completado? \_\_\_\_\_

¿Quién lo derivó? \_\_\_\_\_

## TASC

¿Puede subir a un camión, furgoneta o todoterreno con poca o ninguna ayuda?  Sí  No

¿Puede entrar y salir de un automóvil con poca o ninguna ayuda?  Sí  No

¿Quién lo derivó? \_\_\_\_\_

¿Le interesa recibir información sobre la recaudación de fondos?  Sí  No

## READY RIDES

¿Puede subir a un camión, furgoneta o todoterreno con poca o ninguna ayuda?  Sí  No

¿Puede entrar y salir de un automóvil con poca o ninguna ayuda?  Sí  No

¿Quién lo derivó? \_\_\_\_\_



## COMMUNITY RIDES Y PORTSMOUTH SENIOR TRANSPORTATION

### Fundamento de la elegibilidad

- Cumpló el umbral mínimo de edad
  - La edad mínima de Community Rides es de 60 años
  - La edad mínima de Portsmouth Senior Transportation es de 62 años
- Tengo una discapacidad del 70% del Departamento de Asuntos de Veteranos de los EE. UU.
- Tengo una tarjeta de Medicare
- La Administración del Seguro Social (SSA) ha determinado que soy discapacitado
- Tengo una enfermedad mental grave (SMI) o una enfermedad mental grave y persistente (SPMI)
- Tengo una discapacidad que califica

**Identifique todas las condiciones que influyen en su capacidad para viajar en un automóvil sin características de accesibilidad.** *Las características de accesibilidad incluyen elementos tales como rampas, ascensores y dispositivos de seguridad para sillas de ruedas.*

**Condición:** \_\_\_\_\_

**Efecto:** \_\_\_\_\_

**Condición:** \_\_\_\_\_

**Efecto:** \_\_\_\_\_

**¿Su condición es temporal?**  No  Sí, fecha prevista de finalización: \_\_\_\_\_

No sé

## ROCKINGHAM NUTRITION & MEALS ON WHEELS

### ¿Por qué necesita el servicio?

- Ya no conduzco/Nunca he conducido
- Tengo una discapacidad que me impide conducir:
- Otro \_\_\_\_\_

¿Puede subir a un camión, furgoneta o todoterreno con poca o ninguna ayuda?  Sí  No

¿Puede entrar y salir de un automóvil con poca o ninguna ayuda?  Sí  No

### Rango de ingresos

- Ninguno
- \$1,277 al mes o menos
- \$1,277 al mes o más

Divulgación de información y firma del solicitante:

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para usar:

- Paratransito de la ADA de COAST
- Portsmouth Senior Transportation de COAST
- TASC (Transportation Assistance for Seacoast Citizens)
- Traslado de personas mayores de Rockingham Nutrition & Meals on Wheels
- Community Rides
- Ready Rides
- Transporte para Personas Mayores de Community Action Partnership of Strafford County

Acepto la divulgación de la información incluida en el presente documento a TripLink. Entiendo que TripLink compartirá la solicitud completada con los proveedores de transporte mencionados. Los proveedores de transporte son responsables de determinar mi elegibilidad y se reservan el derecho de solicitar información adicional necesaria para esta evaluación.

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y exacta. Entiendo que la falsificación de información puede dar lugar a la denegación del servicio. Entiendo que toda la información será confidencial, y que solo la información necesaria para prestar los servicios que solicito será revelada a quienes prestan esos servicios.

- Confirmando que he leído, entendido y aceptado los términos de la divulgación de mi información, y que la presento en mi propio nombre, o estoy autorizado a presentarla en nombre del solicitante.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del apoderado de la atención médica (si corresponde): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_