

## PROGRAMA DE TRANSPORTACION DE ASISTENCIA MEDICA ACUERDO DEL CLIENTE

*Favor de llenar ambos lados. Este formulario tiene que ser firmado y entregado antes de que reciba el servicio*

<u>Nombre de solicitante</u>	<u>N de Seguro Social</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>N de telefono</u>
Direccion Postal (Calle y/o Apartado):			N de recipient (10 digits)
Direccion de su Residencia (si es deferente):	Health Plan	Health Plan #	N de Card Issue (2 digits)
Ciudad, Estado, Codigo Postal	Condado		

Otros Miembros Caseros Elegibles:

Nombre	N de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	N de recipiente	(office use) Client ID #

*Favor de alistar los miembros adicionales en una hoja adjuntada*

**Declaracion de afirmacion:**

Yo, por este medio, certifico que, según mi entender, la información contenida aquí es verdadera y completa. Yo he leído toda la material que me han mandado y yo declaro que seguire las guías y las regulaciones según me las explicaron. Además me doy cuenta de que el dejar de hacerlo resultara en que nieguen el servicio. Me acuerdo reportar inmediatamente cualquier cambio de esta información el Departamento de los Servicios Humanos del Condado de Chester. Entiendo que pueden requerir la documentación de todos los factores de elegibilidad para determinar mi elegibilidad o para el propósito de verificación contable, y que el hacer declaraciones falsas intencionalmente es un delito criminal. Si me niegan el servicio, yo entiendo que tengo el derecho de pedir una audiencia justa del Departamento de Bienestar Público. Esta declaración incluye todas las hojas adjuntadas requeridas para la determinación de su elegibilidad.

*(For Office Use Only)*

Firma del Cliente o de la Persona Designada	Fecha de Firma	For Chester County:	Date

RETURN COMPLETED AND SIGNED FORM TO:  
**ROVER Community Transportation**  
**1002 S. Chestnut St., Downingtown, PA 19335**  
*Fax 484-593-0454*

**PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION:**

<b>(Managed Care Plan):</b>		
N del Plan "Oak Tree":		
Nombre de su doctor primario:		
Su direccion (N, calle):		
Ciudad:	N de telef:	

1. Paga sus visitas al doctor su tarjeta de Asistencia Medica? Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Tendra que ir a un doctor, clinica u hospital afuera del Condado de Chester? Si \_\_\_ No \_\_\_
3. Vive usted menos de ¼ milla de transportacion publica? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Esta su doctor o centro medico dentro de ¼ milla de transportacion publica? Si \_\_\_ No \_\_\_
4. Tiene usted un carro que puede usar? Si \_\_\_ No \_\_\_

**MATP Quarter-Mile Rule: If you live within ¼ mile of public transportation and your doctor is within ¼ mile of public transportation the MATP will reimburse you for your public transportation fare. You will not be able to use Rover Community Transportation unless you have a medical reason why you cannot use the public transportation. Call the MATP Coordinator 1-877-873-8415 for a Special Needs Transportation form. If you have an automobile MATP will reimburse you .12 cents per mile to and from your medical appointments. A Reimbursement Request form is included with your application packet.**

5. Tiene usted algunas necesidades especiales? Por ejemplo (Marque las que le aplican):

- Uso una silla de ruedas Si \_\_\_ No \_\_\_
- No puedo ver bien Si \_\_\_ No \_\_\_
- No puedo oir bien Si \_\_\_ No \_\_\_
- Tengo dificultades al caminar Si \_\_\_ No \_\_\_
- Necesito un acompanante Si \_\_\_ No \_\_\_

Thank you for answering these questions. All answers are confidential.  
 Service Information: [Below is for Office Use Only]

ROVER \_\_\_ Public Transportation \_\_\_ Mileage \_\_\_ Spec Need \_\_\_ Escort \_\_\_ Lift \_\_\_

*Questions about the MATP Program call 877-873-8415  
 And follow the prompts for Public Assistance Riders / Eligibility and Questions.*