

Condado de Talbot, Maryland

**SOLICITUD DE TRANSPORTACIÓN DE MEDICAID**

(Ser Llenado por el Candidato, Guardián, o Representante)

Transportación financiado por Medicaid está disponible para candidatos elegibles para citas no-emergencia, y citas necesarias médicas. Candidatos tiene que tener, y proveer, su corriente número Federal de Medicaid y su número de Asistencia Médica.

El candidato tiene que carecer acceso o no poder utilizar transportación publica y que **No Tiene Otro Medio de Transportación Para Sus Citas Necesarias Médicas.**

El Departamento de Salud del Condado de Talbot es responsable de verificar la elegibilidad del recipiente atreves de Medicaid, proveedores de salud, y otros recursos como la necesidad de transportación para asegurar la elegibilidad de clientes que reciban servicios eficiente y manera efectiva de costo.

**INFORMACION DEL CANDIDATO**

**\*\*TODAS LAS PREGUNTAS TIENE QUE SER CONTESTADAS COMPLETAMENTE\*\***

Nombre del Candidato: \_\_\_\_\_ M.A. Número: \_\_\_\_\_

Dirección Física \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo (si es diferente): \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Teléfono Alterno: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

1. Esta solicitud es sometida para (CHECQUE UNO):  Usted  Niño Menor  Niño Adulto  Adulto Pariente  Otro (favor explicar): \_\_\_\_\_

A. Si esta solicitud esta llenada por alguien otro que no sea el candidato, favor de proveer lo siguiente:

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. ¿Por qué el candidato está solicitando Transportación de Medicaid?: \_\_\_\_\_

3. ¿El candidato tienen una licencia corriente de manejar?  SI  NO

4. ¿El candidato posee un vehículo propio?  SI  NO

Si es "SI" favor de explicar: \_\_\_\_\_

5. ¿El candidato tiene algún familiar, amigo, o vecino quienes poseen un vehículo que puede estar disponible e ser usado por usted para transportarse a sus citas medicas?:  SI  NO

Si es "SI" favor de explicar: \_\_\_\_\_

6. ¿Al presente como el candidato llega a sus citas medicas? \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez el candidato ha usado un voluntario o transporte público o agencia privada para obtener transportación para una cita médica? : SI NO

Si es "Si" proveer que forma, manera usted utilizo.

8. ¿El candidato ha usado transportación pública (autobús de comunidad) para llegar a citas? SI NO

9. ¿Cómo el candidato llega a citas (tienda de comestibles, iglesia, otras actividades?: \_\_\_\_\_

10. ¿El candidato puede caminar a cualquier cita médica? SI NO

Si es Si, favor de listar los proveedores: \_\_\_\_\_

Si es No, favor explicar: \_\_\_\_\_

11. ¿El candidato esta empleado?: SI NO

¿Si es "SI" como el candidato va y viene del trabajo?: \_\_\_\_\_

12. ¿El candidato tiene una discapacidad mental u física?: SI NO

Si es "Si", favor describir la discapacidad: \_\_\_\_\_

13. ¿El candidato necesita un acompañante?: SI NO

Si es "SI" favor de explicar: \_\_\_\_\_

14. ¿El candidato tiene un impedimento físico que necesita una silla de ruedas?: SI NO

15. ¿Qué cerca de la casa del candidato esta el proveedor primario de salud?  1/2 milla  1 milla

Otro: \_\_\_\_\_

16. ¿Que frecuentes son las citas médicas del candidato?:  Semanal  Mensuales  Otro

17. ¿Citas del candidato pueden ser reprogramadas si la transportación no está disponible?  SI  NO

---

# INFORMACIÓN DE PROVEEDORES MÉDICOS

Proveedor Primario de Salud/Clinica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

NOTA: Su Proveedor de Salud Primario tiene que estar localizado entre el área de servicio del Condado de Talbot, no más de treinta (30) millas u treinta minutos (30) de la residencia del cliente, en conformidad con las pautas del estado. Referidos a especialistas tiene que ser hechos con un proveedor si es posible más cerca. Para aquellos que están matriculados en Health Choice el MCO pueden ser responsables para transportar el cliente a sus citas si ellos u su médico están refiriendo para un servicio específico u proveedor fuera del área de servicio como descriptivo arriba.

---

**YO CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACION PROVISTA EN ESTA SOLICITUD ES VERDAD Y CORRECTA. YO ENTIENDO QUE CUALQUIER DECLARACION FALSA PUEDE RESULTAR EN LA NEGACION DE MI SOLICITUD PARA EL TRANSPORTE DE MEDICAID. ADEMAS CERTIFICO QUE YO HE RECIBIDO EL MANUEL DEL CLIENTE PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA MEDICA DE TRANSPORTACION EN EL CONDADO DE TALBOT, Y SI APROBADO PARA TRANSPORTACION YO ESTOY DE ACUERDO DE SEGUIR LAS REGLAS Y REGULACIONES COMO DENTRO ESPECIFICADAS.**

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

Nombre en letra de Molde: \_\_\_\_\_

**CONDADO DE TALBOT  
PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA**

**PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN DE MEDICAID  
NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED PUEDE SER USADA E/O REVELADA.**

Es posible que nosotros nos comuniquemos con su doctor para verificar su condición solamente para el propósito de Transportación de Medicaid.

Cualquier información médica proporcionada a nosotros que encubre su diagnósticos, síntomas, tratamientos, medico e/o visitas al doctor, o cualquier otro detalle en cuanto su cuidado de salud es estrictamente confidencial y no será revelado o usado para ningún propósito aparte de determinar su elegibilidad para el uso de servicios de Transportación de Medicaid.

La transportación de Asistencia Médica requiere que usted reconozca el recibo de esta notificación firmando y devolviendo este formulario a la Transportación de Asistencia Médica Especialista del Condado de Talbot.

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

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN  
DE ASISTENCIA MÉDICAS  
100 S. HANSON STREET  
EASTON, MARYLAND 21601  
410-819-5609 O 410-819-5600**

**CONDADO DE TALBOT**

# ASISTENCIA MÉDICA PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN

## \*\*\*AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN\*\*\*

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente autorizo y consiento de revelar la información pedida, por el Programa de Transportación de Medicaid del Condado de Talbot, para confirmar de cualquier y toda programación de citas medicas con mis médicos, facilidades medicas e/o agencias de servicios médicos para cual yo he pedido transportación por el Programa de Transportación de Medicaid; también, para confirmar mi asistencia a todas citas para cual el servicio de Transportación de Medicaid fueron proveído.

**Propósito de Liberación:** El propósito de esta liberación es solo para obtener confirmación de citas, especificas de fecha e horas, de citas del paciente/cliente para cual Transportación de Medicaid fue pedida, En orden para que el Programa de Transportación de Medicaid provea servicios para elegibles recipientes del Programa tiene que verificar validez de citas con la oficina del médico, y cualquier otra facilidad medica o agencias para cual el paciente/cliente ha pedido ser transportado.

La liberación caduca en la fecha cuando caduca la elegibilidad del paciente/cliente de los servicios de Transportación de Medicaid del Condado de Talbot.

Yo, \_\_\_\_\_ (letra de molde), he leído y entiendo las declaraciones de arriba. También entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo puedo revocar esto en cual quiere momento sometiendo mi revocación por escrito a la oficina de Medicaid, facilidad medica, o agencia que provee la información, y una copia al Especialista de Transportación de Asistencia Médica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante del Paciente

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente (si no es el Paciente)

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

Nombre: (letra de molde) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Celular: \_\_\_\_\_