**SERVICIO DE VOTRAN GOLD**

**FORMULARIO PARA VIAJES COMPARTIDOS PARATRÁNSITO**

El **Servicio de Viajes Compartidos Paratránsito** o **Servicio Gold** solamente está disponible para personas discapacitadas que no pueden usar los recorridos regulares de VOTRAN, o que no pueden obtener o hacer arreglos para transportación mediante sus propios medios o los de sus amigos, familiares o voluntarios. La información que se le pide en esta solicitud tiene la intención de ayudar a Votran a determinar cuándo y bajo cuáles circunstancias el solicitante puede usar el servicio regular de Votran y cuándo el cliente necesitará utilizar el Servicio Gold. Votran es un sistema no-médico de transporte público compartido. Votran no provee transportación Medicaid. Clientes con Medicaid deben utilizar la compañía de transportación de Medicaid para todos sus viajes compensables.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD**

El solicitante (o su asistente) debe completar toda la solicitud. Es obligatorio proveer un número de contacto de emergencia. **Todas las preguntas deben ser contestadas** en la solicitud.

**UN PROFESIONAL DE LA SALUD CON LICENCIA DEBE COMPLETAR LA SECCIÓN 8**

El proceso de certificación podría conllevar una entrevista telefónica o una evaluación personal funcional para determinar las necesidades del solicitante.Votran pagará por la evaluación funcional y proveerá transportación hasta y desde la cita de evaluación, si es necesario.

**Toda información será confidencial y solamente será utilizada para determinar si cumple los requisitos para el Servicio de Votran Gold.**

**SOLICITUDES INCOMPLETAS SE DEVOLVERÁN** al solicitante y podrían resultar en retrasos en el proceso de certificación. Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar la solicitud, favor de contactar al departamento de Servicio al Cliente de Votran al **386-756-7496 ext. 1530 o al correo eletrónico** [**VotranCustomerService@volusia.org**](mailto:VotranCustomerService@volusia.org)**.**

**POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD PUEDE TOMAR HASTA 21 DÍAS.** Votran hace todo lo posible para acelerar el proceso.

**CUANDO LA SOLICITUD ESTÉ COMPLETAMENTA LLENA, FAVOR DE DEVOLVERLA A:**

Votran

Attn: Customer Service (Servicio al Cliente)

950 Big Tree Road

South Daytona, FL 32119

O envíe un fax al: 386-322-5119

**POR FAVOR, NO REMUEVA ESTA PÁGINA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date: | New: Y / N | Funding: | Medicaid: Y / N | PCA: Y / N |

**SECCION 1. INFORMACIÓN GENERAL**

Masculino

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Apellido(s):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Femenino

Dirección residencial:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** # de apto.**\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre de Asilo de Ancianos/Condominio/Apartamentos/Parque de casas móviles/Subdivisión:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ciudad:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Estado: **\_\_\_\_\_\_** Código Postal:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Dirección postal si es diferente a la anterior: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Número de teléfono: ( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_Fecha de nacimiento: \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

¿Vive en un asilo de ancianos, vivienda asistida u hogar de grupo?:

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si contestó Sí, ¿el centro o vivienda tiene un vehículo para trasladar a los residentes? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Alguna vez ha sido transportado por el centro o vivienda? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Número de Seguro Social: **\_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_- \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**(usado sólo para fines del sistema de identificación y para verificar el Medicaid)**

Si alguien lo ayudó a completar esta solicitud, favor de identificar a la persona:

Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Número de teléfono: **( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_**

Relación:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿En caso de emergencia, a quién debemos contactar? (**Obligatorio**)

Nombre:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Número de teléfono: **( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_**

Relación:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

La Guía de Votran Gold está disponible en la página web votran.org en inglés, español, audio y vídeo para personas con discapacidad auditiva. Si requiere materiales o correspondencia en otro formato, por favor haga una marca en el formato preferido:

Letra Grande Correo electrónico

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

Aparte del solicitante, ¿quién más está autorizado a hacer reservacions de viaje, cambios o cancelaciones?

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

**SECCION 2. HABILIDAD DE USAR EL SERVICIO DE RECORRIDOS FIJOS DE VOTRAN**

Favor de indicar las razones para solicitar eligibilidad al Servicio Gold:

**Nota:** Todos los autobuses tienen accesibilidad completa con rampas para sillas de ruedas y montacargas que bajan los escalones hasta la acera. El Servicio Votran Gold opera las mismas horas y áreas de servicio que los recorridos fijos de Votran.

¿Usa el servicio regular de Votran? Sí N**o**

¿Puede subir y bajar de un autobús regular? (Todos los autobuses están equipados con una rampa o ascensor y tienen escalones que bajan hasta la acera) Sí No

¿Cuán lejos puede viajar usando su ayuda de movilidad o por su cuenta?:

1 bloque 3 bloques 6 bloques a la acera frente a mi casa

¿Cuánto tiempo puede estar de pie (o esperar) afuera solo o con su ayuda móvil?:

5 minutos 10 minutos 15 minutos 30 minutos no puedo

Por mi discapacidad no puedo llegar a una parada de autobús de recorrido

fijo.

No sé cómo usar el servicio de recorridos fijos de Votran, pero lo podría usar

si recibiera entrenamiento.

Puedo usar el servicio de recorridos fijos de Votran para algunos viajes,

pero no otros.

Por mi discapacidad, nunca puedo usar el servicio de recorridos fijos de

Votran.

Indique la razón:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Otras razones:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Votran ofrece viajes de entrenamiento gratis para cualquier persona interesada en aprender cómo utilizar nuestro servicio de recorridos fijos. ¿Le interesaría este tipo de entrenamiento?**

**Sí No**

¿Cuán lejos de su casa es la parada de recorridos fijos de Votran más cercana?

Menos de ¾ (.75) de milla – no llene la Sección 3

Más de ¾ (.75) de milla – no llene la Sección 8

**SECCIÓN 3. INFORMACIÓN DE VIAJE ACTUAL**

¿Cuántos vehículos personales son propiedad de o usados por miembros de su casa?

01 2 3 ó más

¿Estos vehículos se pueden utilizar? Sí No Si respondió no, favor de decir por qué:

**Si usted vive a más de ¾ (0.75) de milla de la parada más cercana de Votran de recorrido fijo y tiene un vehículo y conductor en la casa, usted no es elegible para el Servicio Gold de Votran. Si el vehículo o conductor no están disponibles debido a trabajo, escuela, etc., la Comisión para la Transportación Marginada requiere un vehículo/horario de trabajo con membrete de la compañía o escuela con su solicitud.**

**SECCIÓN 4**

Enumere tres de sus destinos más frecuentes y cómo llega a ellos ahora.

1. ¿Adónde va? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Cómo llega ahí ahora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Adónde va? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Cómo llega ahí ahora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Adónde va? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Cómo llega ahí ahora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de Medicaid? Sí No

Número de Medicaid si es aplicable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene una Exención Medicaid para algunos viajes? Sí No

Favor de explicar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCIÓN 5. INFORMACIÓN SOBRE LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SOLICITANTE**

¿Qué impide que use el servicio de recorridos fijos de Votran? Elija todas las que apliquen:

Discapacidad física Discapacidadvisual

Discapacidad auditiva Discapacidad mental

Otra, favor de explicar en detalle: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿La circunstancia mencionada arriba es temporal o permanente?

Temporal. Se espera que dure **\_\_\_\_** meses.

Permanente

Favor de marcar la(s) ayuda(s) para movilidad o equipo que usa para ayudarlo cuando viaja.

Scooter eléctrico/Silla de ruedas Andador

Silla de ruedas manual Tanque de oxígeno

Bastón Animal de servicio

Otro (Describa)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

¿Requiere ayuda de un asistente personal o escolta cuando viaja fuera de su casa?

Sí No

(Los conductores dejan y recogen pasajeros en la puerta de abajo o vestíbulo de su vivienda o destino. Cualquier asistencia adicional es responsabilidad del cliente.) Un asistente terapeútico personal que provee un servicio para el cliente viaja gratis desde y hacia la misma localidad que el cliente.

**SECCIÓN 6. AYUDA PARA MOVILIDAD Y/O INFORMACIÓN DE EQUIPO**

Si usa una silla de ruedas o una scooter, Votran necesitará verificar cuánto pesan usted y su silla de ruedas juntos. Muchas silla de ruedas motorizadas son muy pesadas. (Los ascensores de Votran paratránsito están diseñados para levantar de 600 a 800 libras, dependiendo del tipo de vehículo.)

¿Cuál de estas ayudas de movilidad usa cuándo viaja? Favor de indicar todas las que le apliquen.

Bastón blanco silla de ruedas motorizada\* andador

Bastón de soporte scooter/carro motorizado\* andador con asiento

Muletas silla de ruedas manual oxígeno portable

Inmovilizador de pierna pizarra de comunicación ninguno

Animal de servicio próstesis

Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* “Silla de ruedas” se refiere a un aparato de movimiento con tres o más ruedas.

Si marcó silla de ruedas manual, silla de ruedas motorizada, o scooter/carro motorizado, favor de proveer la siguiente información:

¿Su aparato de movilidad es extra grande? Sí No

¿Su aparato de movilidad pesa más de 600 libras cuándo está siendo usado?

Sí No

¿Sabe cuánto pesan usted y su silla de ruedas juntos?

Sí No

Si contestó Sí, favor de proveer el peso total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ libras.

¿Cuál es la marca/modelo de su silla de ruedas/scooter?

Marca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es el ancho de su silla de ruedas/scooter? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas (si disponible)

¿Cuál es el largo de su silla de ruedas/scooter? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas (si disponible)

**SECCIÓN 7. CERTIFICACIÓN DE SOLICITUD**

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay momentos en los que no puedo usar el servicio de recorridos fijos de Votran y debo usar el servicio puerta a puerta de Votran Gold. Entiendo que la información contenida en esta solicitud será mantenida de manera confidencial y compartida solamente con profesionales involucrados en evaluar mi eligibilidad para el servicio Gold. Certifico que la información en esta solicitud es cierta y correcta. Entiendo que proveer información falsa o engañosa, o hacer declaraciones falsas a nombre de otros constituye fraude y es considerado un delito grave bajo las leyes del estado de Florida. Autorizo a los profesionales mencionados a compartir información con Votran sobre mi discapacidad y sus efectos en mi habilidad para viajar en los recorridos de servicio fijo de Votran. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento a través de un aviso escrito a Votran.

Me comprometo a notificar a Votran si mi condición o información cambia, si mi movilidad cambia o tengo un vehículo de movilidad diferente, o si no necesito más el servicio Paratránsito.

**ESTA SOLICITUD DEBE SER FIRMADA POR EL SOLICITANTE.**

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

Este es el final de la porción de la solicitud que debe ser llenada por el solicitante. **Favor de asegurarse de que todas las secciones estén completamente llenas.** Un fallo en completar la solicitud podría resultar en un retraso para su evaluación para servicio. Favor de asegurarse de que un profesional de salud certificado que pueda proveer información específica de sus habilidades llene las próximas páginas.

Votran Gold es una “Red Segura” para personas con discapacidades físicas, cognitivas, o visuales que son funcionalmente incapaces de usar de forma independiente el servicio de recorridos fijos de Votran, de manera temporal o bajo ciertas circunstancias.

Para más información sobre los recorridos y servicios de Votran, visite [www.votran.org](http://www.votran.org) La información sobre el servicio puerta-a-puerta Votran Gold se encuentra bajo la lengüeta Special Services (**Servicios Especiales)**.

**SECCIÓN 8. VERIFICACIÓN PROFESIONAL**

**(solicitantes que viven a 0.75 millas o menos de un recorrido fijo)**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DE SALUD CERTIFICADO**

**Ejemplos: Médico, Psiquiatra, Enfermero Registrado, Terapista Licenciado, etc.**

El solicitante que le pidió revisar y firmar esta solicitud está pidiéndole a Votran ser considerado elegible para el Servicio de Viajes Compartidos Paratránsito o Servicio Gold. El Servicio Votran Gold es uno de transportación pública no-médica con la única intención de ser utilizado por el solicitante para aquellos viajes en los que el solicitante no puede tomar el servicio de Votran de recorrido fijo. Esta solicitud se usa para determinar cuándo y bajo qué circunstancias el solicitante puede usar el servicio de Votran de recorrido fijo y cuándo requiere el servicio de Votran Gold de Puerta a Puerta.

¿Este solicitante ha sido diagnosticado con una discapacidad cognitiva, mental, física u otra discapacidad?

Sí No

Diagnóstico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La discapacidad del solicitante es:

Permanente Temporal – ¿Hasta cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Las habilidades del solicitante cambian de acuerdo con tratamientos médicos, condiciones ambientales u otros factores relacionados? Sí No

¿Cuál es la distancia máxima que el solicitante puede moverse sin asistencia o que puede viajar usando un aparato de movilidad? Si es limitado, por favor explique.

Menos de 1 bloque 3 bloques Más de 6 bloques

1 bloque 6 bloques Limitado

Si es limitado, ¿por qué el solicitante no puede caminar o viajar con su dispositivo de movilidad más allá de la distancia indicada?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sin la ayuda de un asistente, ¿el solicitante puede hacer las siguientes actividades?

¿Preguntar, entender y seguir direcciones? Sí No Varía

¿Reconocer puntos de referencia? Sí No Varía

¿Hacer y recibir llamadas telefónicas? Sí No Varía ¿Cruzar una calle ocupada? Sí No Varía

¿Sortear situaciones inesperadas o cambios de rutina? Sí No Varía

¿Podría el solicitante usar el servicio de recorrido fijo de Votran si se le provee adiestramiento?

Sí No No sé

¿Requiere el solicitante un asistente terapeútico personal para viajar fuera de su casa?

Sí No A veces

¿Cuándo fue la última vez que evaluó al solicitante? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTA: Todos los autobuses de Votran proveen acceso a sillas de ruedas con rampas o ascensores y tienen montacargas que bajan los escalones hasta la acera. Por lo tanto, el uso de silla de ruedas o andador no justifica automáticamente el uso de servicios paratránsito como el Servicio Votran Gold.**

Favor de describir todas las condiciones (físicas, cognitivas, mentales u otras) que preveen de forma funcional al solicitante de usar los recorridos regulares de Votran:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Número de licencia médica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de oficina:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número telefónico: **( \_ \_ \_ ) \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_**

Firma: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Sello médico abajo (Opcional)

Para más infomación o preguntas

por favor contacte:

Votran Customer Service Department

Teléfono: 386-756-7496 ext.1530

Fax: 386-322-5119

**Noticia de Prácticas de Información y Declaración de Privacidad para Solicitantes al Servicio Votran Gold**

Votran Customer Service

950 Big Tree Rd.

South Daytona, Fl. 32119

**Cómo recopilamos información sobre usted: Votran recopila datos a través de una variedad de medios incluyendo pero no necesariamente limitados a cartas, llamadas telefónicas, faxes, correos electrónicos, correos de voz, y por el recibo de solicitudes que es o requerido por ley, o necesario para procesar solicitudes de asistencia a través de nuestra organización.**

**Lo que no hacemos con su información: Información sobre su situación y condiciones y cuidado médicos que nos provee por escrito, correo electrónico, vía telefónica (incluyendo información dejada en correos de voz), contenida o adjunta a solicitudes, o directa o indirectamente dada a nosotros, es retenida en la más estricta confidencia.**

No compartimos, intercambiamos, permutamos, rentamos, vendemos, prestamos, o diseminamos ninguna información sobre solicitantes o clientes que solicitan o actualmente reciben nuestros servicios si esta información es considerada confidencial del paciente, está restringida por ley, o ha sido específicamente restringida por un paciente/cliente en una forma firmada de consenso HIPAA.

**Cómo usamos su información: La información solamente es utilizada como sea razonablemente necesario para procesar su solicitud para proveerle servicios de transportación. Esto puede requirir comunicaciones entre Votran y los proveedores de servicios de salud para verificar que su información médica es correcta o Especialistas de Movilidad y Orientación para llevar a cabo un examen funcional para determinar el tipo de servicio de transportación para el cuál usted es elegible.**