



60 W Broad St. Suite 100  
Bethlehem, PA 18018  
(610) 432-3200  
LANtaVanApps@lantabus-pa.gov

---

## Instrucciones para Completar la Solicitud para Servicios de Paratrásito LANtaVan para Personas con Discapacidades

Esta solicitud es para personas con discapacidades y los que califican para los programas bajo la ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), programas de Personas con Discapacidades (PwD, por sus siglas en inglés) y programas de Transporte para Asistencia Médica. Esta solicitud tiene como propósito brindarle la oportunidad de describir las barreras físicas del entorno y de explicar cómo su discapacidad le impide utilizar el servicio de autobuses LANtaBus. El servicio LANtaBus se refiere en el sistema de autobuses de ruta fija que siguen una ruta y horario fijos. *El no tener acceso a los servicios de autobuses LANtaBus no le califica para LANtaVan.*

La información incluida en esta solicitud sobre su edad, discapacidad y el condado donde reside se empleará para determinar si califica para los servicios de paratrásito con viajes compartidos bajo el auspicio de los programas para Personas con Discapacidades y Transporte para Asistencia Médica. Otros datos incluidos en la solicitud se emplearán para fines informativos, para determinar si califica para otros programas de transporte y para brindarle referidos apropiados.

### Notar bien:

- Si estas aplicando para el servicio MATP y LANta puede confirmar tu elegibilidad para el programa MATP, a usted se le proporcionará automáticamente con elegibilidad temporal por 30 días bajo el programa MATP comenzando en el fecha que LANta reciba su aplicación.
- Cualquier condición médica y/o calificación para otro programa para discapacidades no significa necesariamente que califique para utilizar los servicios de LANtaVan.
- Si tiene una discapacidad de salud mental, un profesional de salud mental puede completar y entregar la Verificación Profesional de Discapacidad de Salud Mental con su solicitud. Este formulario no es requisito, pero puede brindarnos más información sobre su discapacidad.
- Si tiene entre 12 y 64 años, se le requiere completar una evaluación física y/o cognitiva en persona. Esta evaluación se fijará después de haber recibido y revisado su solicitud completa.
- Dentro de 21 días de haber completado y revisado su evaluación física y/o cognitiva en persona, le notificarán por correo si ha calificado o no para este servicio.
- El servicio LANtaVan no es un servicio gratuito.

**Con cualquier pregunta sobre este proceso, favor de llamar a LANtaVan al (610) 432-3200.**



**Solicitud para Servicios de Paratransito LANtaVan para Personas con Discapacidades**

\_\_\_\_\_  
Ecolane ID #

**PARTE 1: DATOS GENERALES**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección de su residencia(calle y número): \_\_\_\_\_

Apto#: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono:

Para llamadas recordatorias \_\_\_\_\_

Para llamadas sobre el estado del viaje: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe su correo(si es distinta de la residencia): \_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere recibir notificaciones sobre el estado de su solicitud? Correo \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**OJO:** Toda solicitud tiene que entregarse acompañada de una copia legible de uno de los documentos que servirán para comprobar su edad y que aparecen a continuación. Favor de indicar el comprobante que se incluirá con esta solicitud:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir con foto  | <input type="checkbox"/> Pasaporte / Certificado de Naturalización   |
| <input type="checkbox"/> Acta de bautismo   | <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Pensilvania (emitida por PennDOT)  |
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento   | <input type="checkbox"/> Papeles del licenciamiento del servicio de las fuerzas armadas  |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación del Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo ( <i>PACE, por sus siglas en inglés</i> ) | <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia Permanente ( <i>tarjeta verde</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Declaración de edad de la Administración de Seguridad Social   | <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de acceso universal para veteranos (tiene que llevar la fecha de nacimiento encima) |

**Contactos de emergencia**

Contacto principal: Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Contacto secundario: Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

## Aparatos de movilidad

¿Utiliza algún aparato de movilidad? Sí  No

Favor de indicar los aparatos de movilidad que utiliza:

Silla de ruedas manual       Perro guía / animal de servicio       Prótesis  
 Silla de ruedas motorizada       Bastón blanco       Muletas  
 Scooter de 3 ruedas       Bastón       Oxígeno portátil  
 Scooter de 4 ruedas       Andador       Aparatos ortopédicos para las piernas  
 Asistente de cuidado personal       Otro aparato: \_\_\_\_\_

## Asistentes de Cuidado Personal

Notar bien: Un asistente de cuidado personal (PCA, por sus siglas en inglés) es una persona mayor de 12 años, empleada específicamente para que le ayude con la realización de al menos una actividad de la vida diaria de forma regular. LANtaVan no ofrece asistentes de cuidado personal. Si necesita un PCA, usted debe conseguirlo por cuenta propia. El PCA viaja gratis siempre que necesite que viaje con usted. NOTA:

¿Utiliza Ud. ahora, en la actualidad, un asistente de cuidado personal para viajar? Sí  No

Si indicó que utiliza un PCA cuando viaja, ¿necesita el PCA siempre que viaje o solo para algunos viajes? (marque uno):

Siempre

Solo para algunos viajes

Si indicó que utiliza el PCA solo para algunos viajes, ¿para cuáles viajes lo requiere? \_\_\_\_\_

Describe la ayuda facilitada por el PCA: \_\_\_\_\_

¿Necesita un PCA de forma temporal o permanente? Temporalmente  De forma permanente

Si se trata de un arreglo temporal, indique para cuánto tiempo necesita que el PCA viaje con Ud.:

Menos de 6 meses

Entre 6 y 12 meses

Más de un año

No se sabe

**PARTE 2: DATOS SOBRE EL PROGRAMA DE TRANSPORTE PARA ASISTENCIA MÉDICA**

Si Ud. no está inscrito para el programa de Transporte para Atención Médica (MATP, por sus siglas en inglés), puede calificar para él, y así este programa podría costear sus viajes elegibles a las citas médicas. Lea la tabla que aparece a continuación y complete lo que sigue. Hay que marcar una de las afirmaciones a continuación:

Ya estoy inscrito con el MATP

He leído la tabla que aparece a continuación y CREO que puedo calificar para el MATP. *(De ser así, salte hasta la Parte 3)*

He leído la tabla que aparece a continuación y NO CREO que califique para el MATP. *(De ser así, salte hasta la Parte 3)*

**ÍNDICES DE POBREZA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU. PARA EL 2024**

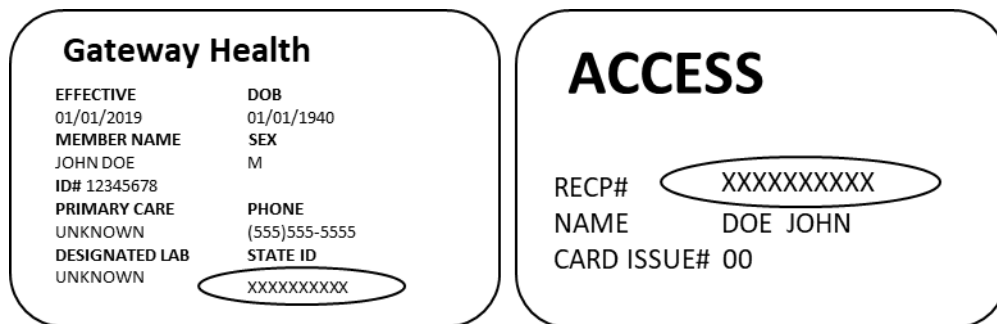
Tamaño del núcleo familiar	100% del nivel de pobreza	110% del nivel de pobreza	125% del nivel de pobreza	150% del nivel de pobreza	175% del nivel de pobreza	185% del nivel de pobreza	200% del nivel de pobreza
1	\$15,060	\$ 16,566	\$ 18,825	\$ 22,590	\$ 26,355	\$ 27,861	\$ 30,120
2	\$20,440	\$ 22,484	\$ 25,550	\$ 30,660	\$ 35,770	\$ 37,814	\$ 40,880
3	\$25,820	\$ 28,402	\$ 32,275	\$ 38,730	\$ 45,185	\$ 47,767	\$ 51,640
4	\$31,200	\$ 34,320	\$ 39,000	\$ 46,800	\$ 54,600	\$ 57,720	\$ 62,400
5	\$36,580	\$ 40,238	\$ 45,725	\$ 54,870	\$ 64,015	\$ 67,673	\$ 73,160
6	\$41,960	\$ 46,156	\$ 52,450	\$ 62,940	\$ 73,430	\$ 77,626	\$ 83,920
7	\$47,340	\$ 52,074	\$ 59,175	\$ 71,010	\$ 82,845	\$ 87,579	\$ 94,680
8	\$52,720	\$ 57,992	\$ 65,900	\$ 79,080	\$ 92,260	\$ 97,532	\$105,440

\*Para todos los estados (menos Alaska y Hawái) y para el Distrito de Columbia.

Si ya está inscrito para el MATP, favor de indicar su número de identificación, de 10 dígitos, de MATP:

\_\_\_\_\_

*Notar bien: Su número de identificación MATP es el número de 10 dígitos que aparece en su tarjeta ACCESS, su identificación como recipiente de Asistencia Médica, su identificación estatal o bien el número de su tarjeta de seguro médico (Gateway o AmeriHealth, por ejemplo)*



Solicito (marque uno):

Un reembolso por las millas recorridas por mi carro para viajes médicos

Un reembolso de las tarifas pagadas en los autobuses de ruta fija

Servicios de paratransito LANtaVan

Si indicé que solicito los servicios de paratransito LANtaVan, favor de indicar las condiciones que le apliquen:

Creo que tengo una discapacidad que me impide utilizar los servicios de autobuses LANtaBus.

Mi casa y/o las oficinas donde tengo mis citas médicas están a más de un ¼ de milla de una ruta LANtaBus.

---

**PARTE 3A: DATOS SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL**

Favor de contestar las preguntas que siguen:

¿Cree Ud. que tiene una discapacidad que le impida utilizar los servicios de autobuses LANtaBus?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si responde que "No", salte esta sección y hasta la Parte 4)

¿Qué tipo de discapacidad tiene? Indique toda discapacidad que aplique.

\_\_\_\_\_ Discapacidad física / motora

\_\_\_\_\_ Discapacidad cognitiva

\_\_\_\_\_ Discapacidad mental

\_\_\_\_\_ Discapacidad visual

\_\_\_\_\_ Discapacidad auditiva

\_\_\_\_\_ Otra discapacidad: \_\_\_\_\_

Describa la discapacidad que le impide utilizar el servicio de autobuses LANtaBus. \_\_\_\_\_

Indique el nombre y número de teléfono para un profesional de atención médica que conoce su discapacidad, según la describió arriba.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Las respuestas que Ud. da a las preguntas de esta sección nos ayudarán a entender su capacidad funcional en varias áreas concretas. Marque su respuesta con un círculo. Sus respuestas deben basarse en cómo se siente la mayor parte del tiempo, bajo circunstancias normales, cuando usa su equipo de movilidad y si se puede realizar cada actividad de manera independiente.

Sin la ayuda de otra persona, ¿puede usted...:

1. subir y bajar tres escalones si hay pasamanos a ambos lados?

Siempre      A veces      Nunca      No estoy seguro

2. usar el teléfono para obtener información?

Siempre      A veces      Nunca      No estoy seguro

3. desplazarse una manzana, sobre una acera nivelada, cuando hace buen tiempo?

Siempre      A veces      Nunca      No estoy seguro

4. cruzar la calle, si hay rampas en las aceras?

Siempre      A veces      Nunca      No estoy seguro

5. esperar 10 minutos al aire libre, sin lugar donde sentarse, si hace buen tiempo?

Siempre      A veces      Nunca      No estoy seguro

---

**PARTE 3B: DATOS SOBRE SU CAPACIDAD DE UTILIZAR LOS SERVICIOS LANtaBus**

¿Conoce Ud. el sistema de LANtaBus? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Utiliza Ud. el servicio LANtaBus o lo ha utilizado antes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

De ser así, ¿cuándo fue la última vez que utilizó el servicio LANtaBus?

\_\_\_\_\_ Lo uso actualmente \_\_\_\_\_ Hace entre 6 y 12 meses \_\_\_\_\_ Hace más de un año

¿Sabe dónde están las paradas de autobús LANtaBus –a las que tendrá que llegar caminando-- para sus viajes más frecuentes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hay barreras físicas que, por motivos de su discapacidad, le impiden llegar a estas paradas de autobús para realizar sus viajes más frecuentes? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

De ser así, describa las barreras que hay y los lugares específicos donde se encuentran (Por ejemplo, en la esquina de las calles 8 y Chew, en Allentown, hay aceras rotas)

---

---

La discapacidad o condición que le impide utilizar el servicio LANtaBus ¿es permanente o temporal?

Permanente \_\_\_\_\_ Temporal \_\_\_\_\_

Si no es permanente, ¿cuánto tiempo piensa tener esta discapacidad?

\_\_\_\_\_ Menos de 6 meses

\_\_\_\_\_ Entre 6 y 12 meses

\_\_\_\_\_ Más de un año

\_\_\_\_\_ No se sabe

Esta discapacidad, ¿en qué sentido le impide utilizar el servicio de autobuses LANtaBus? \_\_\_\_\_

---

---

Le rogamos nos cuente cualquier otra cosa que debemos saber acerca de sus desafíos a la hora de viajar y su capacidad para utilizar los servicios de autobús LANtaBus.

---

---

---

---

## PARTE 4: DATOS DEMOGRÁFICOS Y DE VIVIENDA

### Datos sobre la raza y etnia: *(Esta información se pide por fines informativos.)*

Blanca                       Americana asiática / de las Islas del Pacífico                       Afroamericana  
 Hispana                       Indígena americana / Nativa de Alaska                       Prefiero no indicarlo

### Otros datos:

¿Vive solo? Sí  No

¿Está de salud frágil o tiene alguna discapacidad funcional? Sí  No

¿Tiene una vivienda digna? Sí  No

---

## PARTE 5: PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

Los servicios de transporte provistos por el Programa para Personas con Discapacidades no deben concederse en lugar de ningún servicio de transporte que ya recibe.

¿Recibe algún servicio de transporte o hay otro programa u organización que le paga algunos de sus gastos de transportación? Sí  No

Marque todo programa que corresponda:

- Programa de transporte compartido para personas mayores  
 Agencia local para Personas Mayores  
 Programa de Transporte de Asistencia Médica  
 Programa de Paratransito Complementario de la ADA  
 Programa de Salud Mental / Retraso Mental (MH / IDD, por sus siglas en inglés)  
 Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR, por sus siglas en inglés)  
 Programa de entrenamiento / empleo  
 Hogar grupal donde vive  
 Otro programa u organización: \_\_\_\_\_

---

## PARTE 6: DIVULGACIÓN DE DATOS PERSONALES

LANTA está autorizada para comunicarse con los individuos nombrados a continuación y/o compartir los expedientes indicados con los mismos:

- Toda información referente a esta solicitud para determinar si califica para el servicio  
 Toda información referente a esta solicitud y, de haber calificado el solicitante para el servicio, toda información sobre el servicio recibido.

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Organización (si aplica): \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

---

## PARTE 7: CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Favor de marcar toda certificación que aplique:

**(Todo solicitante tiene que marcar esto)** Comprendo que el propósito de esta solicitud es determinar si califico para los servicios de transporte provistos por LANtaVan. Comprendo que tendré que participar en una evaluación funcional en persona como parte del proceso. Certifico que he dicho la verdad al completar esta solicitud y que la información que he provisto es correcta, completa y verdadera.

**(Hay que marcar esto si ha indicado que solicita cualquier servicio de MATP en la Parte 2)** Por la presente certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta, completa y verdadera conforme a mi leal saber y entender. Me comprometo a informarle a LANtaVan si ocurre cualquier cambio en mis circunstancias. Comprendo que puede ser necesario documentar todo factor para determinar si califico o por fines de auditoría. Comprendo que hacer declaraciones falsas a sabiendas es un delito criminal. Comprendo que tengo derecho a pedir una audiencia ante el Departamento de Servicios Humanos. Esta declaración cubre todo adjunto para determinar si califico.

**(Hay que marcar esto si indicó que está solicitando cualquier servicio MATP en la Parte 2)** Doy mi permiso para que LANtaVan verifique la información sobre mis viajes a los proveedores médicos, de ser necesario para cumplir con las reglas del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Pensilvania. Estos datos se mantendrán en la más estricta confidencia por LANtaVan y sus agentes, no se compartirán con ninguna agencia aparte de los profesionales de quienes recibimos la información.

**(Hay que marcar esto si incluyó los datos de contacto para un profesional de cuidado médico en la Parte 3)** Doy mi permiso para que LANtaVan se comuniquen con un proveedor médico u otro profesional designado por mí en la Parte 3 para obtener información adicional sobre mi salud con respecto a esta solicitud y/o el proceso de apelación o extensión de la misma.

**(Hay que marcar esto si incluyó una persona en la Parte 6)** Comprendo que este permiso para divulgar mis datos personales estará vigente según indicado a menos que lo revoque yo por escrito y lo entregue a LANTA; tal revocación no afectará ninguna divulgación de datos que haya realizado LANTA antes de recibir dicha revocación. Con la presente, LANTA, sus programas, servicios, empleados, oficiales y contratistas quedan eximidos de toda responsabilidad legal por divulgar los datos ya citados conforme a lo indicado y autorizado por la presente.

---

**Firma del Solicitante u otra Persona con Poder Notarial para el Solicitante**

---

**Fecha**

---

Si aplica, el nombre de la persona con Poder Notarial, con letra de molde  
Si aplica, hay que documentar el Poder Notarial

### NOTAR BIEN:

*Toda solicitud incompleta, ilegible o sin firma será devuelta al solicitante. Hay que completar TODAS las secciones.*



## Lista para Verificar los Componentes de la Solicitud

Los datos incluidos en la solicitud se mantienen confidenciales y se comparten solo con los profesionales involucrados en el proceso de evaluar si califica para este servicio. *Toda solicitud incompleta será devuelta al solicitante.*

- **PARTE 1: DATOS GENERALES**

- Mi nombre, apellido y la fecha de nacimiento que he indicado corresponde al comprobante de edad que presento.
- Me interesa el programa de Transporte para Asistencia Médica (MATP, por sus siglas en inglés) y he indicado mi número de Seguro Social.

- **PARTE 2: DATOS PARA EL PROGRAMA DE TRANSPORTE PARA ASISTENCIA MÉDICA**

- Mi número de identificación para MATP es \_\_\_\_\_ el número de 10 dígitos de mi tarjeta ACCESS o \_\_\_\_\_ el número de Asistencia Médica o de identificación del estado que aparece en mi tarjeta de seguro médico.
- He indicado que me interesa o no solicitar el programa de reembolsos MATP o el programa de paratransito de puerta a puerta.

- **PARTE 3A: DATOS SOBRE MI DISCAPACIDAD Y CAPACIDAD FUNCIONAL**

- Contesté todas las preguntas y describí de forma detallada mi discapacidad y las condiciones que me impiden utilizar el servicio de LANtaBus.
- He indicado los datos de contacto para un proveedor médico que conoce la discapacidad que he descrito.

- **PARTE 3B: DATOS SOBRE MI CAPACIDAD DE UTILIZAR LOS SERVICIOS DE LANtaBus**

- Contesté todas las preguntas y describí de forma detallada mis capacidades y todo impedimento que me enfrenta a diario cuando intento movilizarme.

- **PARTE 4: DATOS DEMOGRÁFICOS**

- Escogí una respuesta para cada pregunta.

- **PARTE 5: PARA EVITAR LA DUPLICACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE**

- He indicado todo programa (si los hay) con el cual estoy inscrito.

- **PARTE 6: PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN**

- Si aplica*, he indicado con quien he dado permiso compartir la información sobre mi solicitud para los servicios de LANtaVan y he indicado cuáles datos permito compartir con esta persona.

- **PARTE 7: CERTIFICACIÓN**

- Firmé la solicitud e indiqué la fecha completa (mes, día y año).

- **Adjunto una fotocopia claramente legible de mi comprobante de edad según lo descrito en la página 2.**

- **Entrego mi solicitud y comprobante de edad**

- Por correo: LANtaVan, 60 W Broad St. Suite 100, Bethlehem, PA 18018
- Por correo electrónico: *Envíe un archivo PDF al* [LANtaVanApps@lantabus-pa.gov](mailto:LANtaVanApps@lantabus-pa.gov).

*Notar bien: No se puede entregar la solicitud por fax.*