

Todas las páginas de la aplicación deben ser completadas y devueltas en orden para determinar su elegibilidad.



Formulario de Elegibilidad e Inscripción  
Transporte Rural para Personas con Discapacidad  
(PWD) Programa

- Tarifa reducida de transporte puede estar disponible para usted si usted es:
  1. Una persona con una discapacidad
  2. Edad de 18-64
  3. Necesita de transporte público accesible más allá de ADA complementario Servicios de Shared Ride.
- Si le gustaría participar en este programa, por favor complete este formulario y envíelo con una copia de uno de los documentos mencionados en la parte 2. Envíe a:

*Tránsito de Lebanon*  
*Atención: Programa para personas con discapacidad*  
*200 Willow calle Lebanon, Pa 17046*

- Una vez que su solicitud es recibida y revisada se le notificará de su derecho a participar
- Si tiene cualquier duda sobre este programa, de esta fórmula, o necesita este formulario en un formato alternativo, (letra grande) por favor llame al 717-274-3664 o para TTY/TDD llame al 1-800-654-5984

Nota: se utilizará la información proporcionada en esta solicitud con respecto a su incapacidad para determinar su elegibilidad para servicios de transporte de precio reducido bajo el programa de personas con discapacidad. Otra información dentro del formulario se utilizará para los propósitos de la colección de datos, para determinar su elegibilidad para los programas de transporte adicional y con el tipo de servicio apropiado. Esta información se mantendrá confidencial y utilizada sólo por los profesionales involucrados en la evaluación de su elegibilidad y la evaluación del programa para futuras recomendaciones.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

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

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

#Telefono/Hogar: \_\_\_\_\_ Trabajo / Móvil # \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Proporcione dirección física si es diferente de la dirección de correo:

\_\_\_\_\_

Proporcione instrucciones claras para su hogar (obligatorio)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene usted una discapacidad según el Hecho de Americanos con Discapacidad (ADA) definición abajo?

Sí  
 No

**Definición de discapacidad**

Elegibilidad para este programa se basa en discapacidad definida por la ley de americanos con discapacidad. (ADA). Según la ADA, "medios de discapacidad, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicho individuo: un registro de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento." ".. .majores actividades de la vida significa las funciones como el cuidado de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, el aprendizaje y trabajo."

**PARTE 2: VERIFICACIÓN ESCRITA QUE USTED ES UNA PERSONA CON UNA DISCAPACIDAD**

Verificación escrita por un experto organización o individuo calificado que usted es una persona con discapacidad es necesaria para participar en el programa de personas con discapacidad.

**1. Si tienes una verificación escrita de una discapacidad:**

Usted puede ya haber escrito verificación que usted es una persona con una incapacidad de una organización de servicio por tener una tarjeta de identificación, una evaluación escrita de su discapacidad, etcetera. Si es así, envíe una copia de esta información a LT. Si no, usted necesita una de estas organizaciones o individuos a continuación que verifique por escrito, que usted es una persona con una discapacidad según la definición de ADA y luego enviarlo a LT.

**Compruebe por favor la organización o individuo cuya verificación escrita se presentara con su solicitud.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oficina de rehabilitación vocacional (OVR)              | <input type="checkbox"/> Registrada(o) terapeuta físico/ocupacional                                  |
| <input type="checkbox"/> Del Seguro Social (SSI) y seguro de discapacidad (SSDI) | <input type="checkbox"/> Médico  |
| <input type="checkbox"/> Oficina de servicios visuales y ceguera                 | <input type="checkbox"/> Enfermera   |
| <input type="checkbox"/> Vida de centro de independiente (CIL)                   | <input type="checkbox"/> Programa de atención de Cuidado PA  |
| <input type="checkbox"/> Programa de retardo mental/salud Mental                 | <input type="checkbox"/> Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidades físicas |
| <input type="checkbox"/> Unidos Parálisis Cerebral                               | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

**2. Si usted no tiene verificación escrita de una discapacidad:**

Por favor llene el formulario de certificación de discapacidad adjunto a este formulario. Proporcione verificación de discapacidad según la definición de los americanos con incapacidades. Este formulario puede utilizarse para adquirir la información necesaria para verificar una discapacidad de un profesional calificado de la salud.

Ver anexo F en este paquete.

**PARTE 3: DATOS RELACIONADOS CON EL INGRESO Y HOGAR**

Data de ingresos relacionado con pasajeros se está recogiendo datos para la posterior decision sobre el proyecto. **Esta información no se utilizará para determinar la elegibilidad para tarifas con descuento del programa PWD.** Por favor, marque el espacio correspondiente de cada columna.

<b>Ingreso anual</b>	<b>Tamaño del hogar</b>
<input type="checkbox"/> \$0-\$29.425,00	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> \$29.425,01-\$39.825,00	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> \$39.825,01-\$50.225,00	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> \$50.225,01-\$60.625,00	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> \$60.625,01-\$71.025,00	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> \$71.025,01-\$81.425,00	<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> \$81.425,01-\$91.825,00	<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> \$91.825,01-\$102,225.00	<input type="checkbox"/> 8

#### **PARTE 4: EVITAR LA DUPLICACIÓN DE SERVICIOS DE TRANSPORTE**

Servicios de transporte proporcionados bajo el programa de personas con discapacidad no deben ser proporcionados en el lugar de los servicios de transporte actuales que ya recibe.

1. ¿recibe usted ahora los servicios de transporte o son algunos de sus gastos de transporte son pagados por otro programa u organización? Por favor, marque todas las que aplican de la siguiente lista:

- Programa de transporte de tercera edad compartido
- Agencia de área de envejecimiento
- Los americanos con discapacidad complementario para transporte
- Retraso mental/salud Mental (OVR)
- Grupo de hogar donde vives
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_

2. Si no está registrado para la asistencia médica (MA), usted puede que qualifique. Si apropiado usted será referido a la oficina de Condado de asistencia (CAO) para una determinación de elegibilidad para otros programas y MA.

- He sido informado de la *pendiente de remisión* a la oficina de asistencia del Condado de Lebanon
- Me refirieron a la determinación de elegibilidad CAO en (fecha) \_\_\_\_\_
- Las iniciales de persona faxeando el envío a la CAO

#### **PARTE 5: INFORMACIÓN PARA QUE PODAMOS SERVIRLE MEJOR**

1. es su discapacidad permanente?  Sí  No

(Una definición estándar de una incapacidad permanente es una que dura por 12 meses o más)

2. Si no, ¿cuánto tiempo se espera que dure? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es la naturaleza de su discapacidad? Marque todas las que apliquen:

- Discapacidad de movilidad (*por favor ver pregunta 4 a continuación*)
- Incapacidad de visión
- Discapacidad auditiva
- La discapacidad cognitiva
- Personas con discapacidad mental
- Otras (*por favor especifique*): \_\_\_\_\_

4. Por favor marque todas las ayudas de movilidad que se aplican:

- Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas eléctrica
- Patineta motorizada
- Muletas
- Caña
- Andador

5. Usted requiere los servicios de un acompañante o escorta cuando viaja?

Nota: programa de PWD no proporciona fondos para que PCA, escorta o acompañante pueda viajar con el cliente.

- Sí
- No
- A veces

Describa Cuándo necesita ayuda:

---



---



---

6. Contacto de emergencia

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

Telefono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

7. Existe otra cosa que quieras saber para que podemos servirle mejor?  Sí  No

Si marco "Sí" por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PARTE 6: Liberación de la información y certificación de la solicitud**

Doy mi permiso a LT que contacte a un médico u otro profesional que Yo designe para obtener información adicional y comprobar que yo soy una persona con una discapacidad.

- Sí
- No

\_\_\_\_\_  
Su firma o la persona que completa este formulario Fecha

Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar si soy elegible para participar en el proyecto de personas con discapacidad. Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y veraz a lo mejor de mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Su firma o la persona que completo este formulario Fecha

Si alguien que no sea el solicitante ha completado este formulario, por favor complete lo siguiente:

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

Relación con solicitante: \_\_\_\_\_, Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

## **Directrices de elegibilidad para el programa de transporte de asistencia médica**

Para continuar con el mantenimiento de la política de esfuerzo del programa de personas con discapacidad, proveedores de transporte y sus subcontratistas, si es apropiado están obligados a referir clientes elegibles al programa de transporte de asistencia médica (MATP) para la financiación de sus viajes médicos.

La oficina de Condado de asistencia (CAO) proporciona a individuos que son elegibles para MA con una tarjeta de acceso. Elegibilidad para MA y MATP se confirma a través del Departamento de bienestar público automatizado sistema de verificación de elegibilidad o EVS. Todos los proveedores de MATP están obligados a verificar la elegibilidad MATP de un cliente a través de EVS, que se puede acceder por teléfono, un punto de dispositivo de venta o una EVS proporciona el disco de la computadora. Registrarán la información de verificación de elegibilidad MATP.

Si un proveedor de tránsito no es el Coordinador MATP, entonces el proveedor de tránsito debe solicitar al Coordinador MATP para verificar estado de elegibilidad de un cliente a través del SVE o el cliente debe ser referido a la CAO para una evaluación de elegibilidad de MA. El proveedor de tránsito debe notificar al cliente de su remisión a la CAO antes de hacer la remisión real.

Cientes del programa de personas con discapacidad, cuyos ingresos indican una posible elegibilidad para MA, deben ser referidas a la CAO para una determinación de elegibilidad para otros programas y MA. Un cliente que es determinado elegible para MA también es elegible para el MATP. Proveedores de PWD luego les deben referir al MATP para la financiación de sus viajes médicos. Clientes también deben recibir notificación de la asignación de CAO por adelantado.

### **Documentación de discapacidades**

El proveedor de tránsito debe obtener la documentación de la discapacidad según lo identificado por el solicitante.

Todas las agencias deberían aceptar las determinaciones de elegibilidad y la documentación que han sido preparados por organizaciones y programas que interactúan con la comunidad con discapacidades. Ejemplos de estos organismos y programas siguientes:

- De la administración del seguro social las determinaciones de elegibilidad de SSI y SSDI y documentación de apoyo como una tarjeta de SSDI.
- Oficina de rehabilitación vocacional (OVR) establecimiento de una discapacidad mental o física a través de su examen médico integral.
- Asistente programa de atención de calificación de discapacidad: cualquier deterioro físico médicamente determinable que se puede esperar que dure por un período continuo de no menos de 12 meses.
- Clasificación discapacidad a través del programa de servicios comunitarios para personas con discapacidad física. Una condición médicamente determinable, excepto diagnóstico principal de retraso mental o enfermedad mental, se espera que continúe indefinidamente; y dando como resultado al menos tres de las siguientes seis limitaciones funcionales importantes: cuidado personal, la comprensión y el uso de lenguaje, aprendizaje, movilidad, uno mismo-dirección y capacidad de vida independiente.
- El formulario de certificación de la discapacidad, que es **Para F**, proporciona verificación que el solicitante tiene una discapacidad según la definición en la ley de estadounidenses con discapacidades. Si no hay ninguna organización disponible para proporcionar la documentación de discapacidad, los servicios de tránsito utilizan este formulario para adquirir la información necesaria para determinar la elegibilidad de un proveedor médico calificado.

## Anexo A

### Tres categorías de discapacidad

#### Transporte rural para personas con discapacidad (PWD) programa

Discapacidad se describe en las siguientes tres categorías:

##### **1) Discapacidad mental, incluyendo discapacidades de desarrollo**

- a. Es atribuible a un deterioro mental o físico o una combinación de impedimentos mentales y físicos;
- b. Es probable que continúe indefinidamente;
- c. Resulta en limitaciones funcionales importantes en cualquiera del siguiente área de actividades importantes de la vida, uno mismo-dirección, aprendizaje, movilidad, autosuficiencia económica, autocuidado, capacidad para la independiente idioma vivo y receptivo y expresivo;
- d. Causas el substancial disminuido nivel de funcionamiento en los aspectos primarios de la vida diaria y la incapacidad para hacer frente a las demandas ordinarias de la vida, deterioro de la atención, deterioro de la cognición, debilitación de la lengua, deterioro de la memoria, conducta de desorden o desorden de motor.

##### **2) Incapacidad física**

- a. Las personas que tengan una condición física como resultado de una lesión, enfermedad o deficiencia congénita que significativamente interfiere o limita una o más actividades principales de la vida y afecta a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: anatómico, musculoesquelética, neurológica, respiratoria incluyendo órganos del discurso, cardiovascular, reproductiva, digestiva, urinario genitio, hematológicas y linfática, de la piel y de la endocrina;
- b. El deterioro físico del término incluye pero no se limita a tales condiciones y enfermedades contagiosas o no contagiosas como ortopédica, visual, del habla y deficiencias auditivas, parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes, retraso mental, enfermedad emocional, discapacidades específicas de aprendizaje, enfermedad por VIH y tuberculosis.

##### **3) Actividades principales de la vida**

- a. Actividades relacionadas con el rendimiento de autocuidado y actividades de ocio o juego; Cuidados personales incluyen aseo, movilidad, manipulación de objetos y ambulación;
- b. Actividades relacionadas con la capacidad de caminar, ver, oír, respirar o comunicar;
- c. Actividades relacionadas con la mudanza alrededor en las comunidad de propósitos que incluyen accediendo a y participando en actividades profesionales, educativas, recreativas y sociales en la comunidad con otros miembros de la comunidad.

**Accesorio para F**

**Formulario de certificación de discapacidad  
Servicios de transporte de precio reducido**

**Transporte rural para personas con discapacidad programa (PWD)**

El proposito de este formulario es proporcionar verificación escrita, independiente de que el solicitante nombrado a continuación tiene una discapacidad según la definición en la ley de estadounidenses con discapacidades. Este formulario debe ser completado por un profesional que esté familiarizado con la discapacidad del solicitante. Un profesional es alguien que tiene entrenamiento médico, ofrece servicios de rehabilitación o terapéuticos, hace evaluaciones cognitivas y proporciona vida independiente y consejería a personas con discapacidad. El solicitante ha solicitado servicios de transporte bajo el programa de personas con discapacidad, que está siendo administrado por el Departamento de transporte de Pennsylvania con servicios proporcionados por el Condado de Lebanon Autoridad de Transito. Si usted tiene alguna pregunta acerca de la forma, por favor llame al (717)274-3664.

**Información del solicitante (debe ser completado por el solicitante):**

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **M.I.** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

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

**Teléfono (Hogar):** \_\_\_\_\_ **Trabajo/Celular** \_\_\_\_\_

**Correo Electronico:** \_\_\_\_\_

---

**FIRMA DE EL SOLICITANTE**

**Esta área debe ser completada por un profesional que esté familiarizado con la Discapacidad del solicitante.**

**Definición de discapacidad**

Elegibilidad para este programa se basa en discapacidad definida por la ley de americanos con discapacidad. (ADA). Según ADA, "medios de discapacidad, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita substancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicho individuo: un registro de tal impedimento o se considera que tiene tal impedimento." ".. actividades mayores de vida significa las funciones como el cuidado de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, escuchar, hablar, respirar, el aprendizaje y trabajo."

Por favor, conteste las siguientes preguntas (a ser completada por la agencia o persona proporcionando verificación de elegibilidad)

**¿Es permanente la discapacidad del solicitante? \_\_\_ Sí \_\_\_ No**

(Una definición estándar de una incapacidad permanente es una que dure 12 meses o más).

**Si no es así, ¿cuánto tiempo se espera que dure?** \_\_\_\_\_

Por favor, marque todas las que aplican.

**Cuál es la naturaleza de la discapacidad del solicitante?**

- Discapacidad de movilidad (ver pregunta a la derecha)
- Incapacidad de visión
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad cognitiva
- Discapacidad mental
- Otra por favor especifique:

Por favor revise todas las ayudas de movilidad que se aplican:

- Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas eléctrica
- Patineta motorizada
- Muletas
- Caña
- Andador

---

Firma del Profesional

Fecha

---

Nombre impreso de el Profesional

Nombre de la agencia u organización

---

Dirección

Teléfono

Por favor, envíe el formulario completado a el:  
Transito de Lebanon 200 Willow St Lebanon, PA 17046

Adjunto G

250% de FGIP 2015 Federal pautas de ingresos de la pobreza

Tamaño de la familia	Límite mensual	Límite anual
1	\$2,658	\$31,900
2	\$3,592	\$43,100
3	\$4,525	\$54,300
4	\$5,458	\$65,500
5	\$6,392	\$76,700
6	\$7,325	\$87,900
7	\$8,258	\$99,100
8	\$9,192	\$110,300

Información de elegibilidad y formula de registro

**LOS SIGUIENTES FORMULARIOS SON SÓLO CON FINES INFORMATIVOS. B  
ACCESORIO DEBE UTILIZARSE SI LA APLICACIÓN NO TIENE VERIFICACIÓN  
ESCRITA DE LA DISCAPACIDAD.**

Información de elegibilidad de programa (MATP) de transporte de asistencia médica

Documentación de discapacidades

Tres categorías de discapacidades-Anexo A

- 1) Deterioro mental, incluyendo discapacidades de desarrollo
- 2) Deterioro físico
- 3) Actividades principales de la vida

Formularios utilizados para la determinación de incapacidad

- 4) Anexo F: certificación de discapacidad forma. Para ser utilizado si un solicitante no tiene ninguna documentación escrita de su discapacidad.
- 5) Anexo G: la pobreza Federal pautas de ingresos

Nota: como se indica en la parte 2, **si no tienes ninguna otra forma vigente de verificación escrita**, del adjunto F: el formulario de certificación del programa PWD de discapacidad de personas puede usarse para verificar que usted tiene una discapacidad. Devuelva este formulario al tránsito de Lebanon. Póngase en contacto con LT si hay preguntas.

**Tránsito de Lebanon**  
**Referidos para servicios**  
**Autorización para el uso o divulgación de Información Personal**

**1. Yo autorizo al tránsito de Lebanon obtener información relacionada con:**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Seguro Social #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

**2. Razón de divulgación:** para calificar para asistencia médica y otros beneficios disponibles a través del Departamento de bienestar público de Pennsylvania.

**3.** Una vez la aplicación se ha hecho a la oficina de asistencia Condado de Lebanon; la fecha de la solicitud será revelada por la oficina del Condado de Lebanon asistencia a:

Tránsito de Lebanon

Fecha de DWP aplicación de beneficios: \_\_\_\_\_

**4. Yo entiendo que:**

Esta autorización será revocable en cualquier momento escribiendo a el transito de Lebanon, excepto en la medida en que la información ya ha sido revelada. Si la información ya ha sido revelada al amparo de esta autorización, revocándolo solo evitará futuras divulgaciones.

El Departamento y sus programas de salud y servicios humanos no condiciona el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad en la provision de autorización.

Información revelada en virtud de esta autorización puede ser sujeta a divulgación por el individuo u organizaciones identificadas y ya no está protegido por las regulaciones federales de privacidad.

El Departamento, sus programas, servicios, empleados, agentes y contratistas por este medio se liberan de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada.

Puedo rehusarme a firmar esta autorización; Entiendo que esa negativa puede limitar la disponibilidad de beneficios de transporte, que incluye servicios de transporte del tránsito de Lebanon.

Esta autorización se aplica sólo en la medida y por razones mencionadas. No se aplica a cualquier otra agencia, organización o motivo diferente al nombre mencionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo o Representante Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Si representante Personal, relación de estado con el individuo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (necesario sólo si el individuo es incapaz de firmar)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**TRÁNSITO DE LEBANON**  
**PERSONAS CON DISCAPACIDAD**  
**SERVICIO DE PARATRÁNSITO**

Tránsito de Lebanon (LT) está aquí para ayudarle a llegar donde usted necesita ir. LT, así como otros sistemas de transporte público en todo el estado han establecido los medios para el transporte de cualquier persona, independientemente de la discapacidad.

Para calificar para el programa de personas con discapacidad debe tener una discapacidad verificable; 18-64 años de edad; necesita transporte hacia o desde un área que no es servido actualmente por un autobús público de ruta fija.

Para ser elegible para las personas con discapacidad (PWD) programa, su origen o destino debe estar fuera de ¼ millas de una parada de autobús de ruta fija. El servicio está diseñado para llevarlo a o desde una zona que no es servida actualmente por ADA servicios Shared Ride complementario y transporte en autobús público de ruta fija. LT solo da servicios al Condado de Lebanon. Una vez que la solicitud es aprobada, usted recibirá una carta indicando su elegibilidad y las condiciones que se aplican. Determinación tiene un máximo de veintiún 21 días.

La aplicación nos permite verificar el estado y también nos da información importante para que nosotros podamos programar sus viajes una vez que usted ha sido aprobado.

Formulario F en la aplicación debe ser llenada por un profesional que esté familiarizado con la discapacidad o usted debe de adjuntar una copia de la notificación de concesión del Seguro Social. La remisión de servicios va a determinar si la persona es elegible para viajes médicos. Toda la información proveída a nosotros es confidencial.

Si ha sido determinado inelegible, un formulario de apelación se remitirá a usted. El formulario de apelación deben presentarse dentro de sesenta 60 días de recibir su determinación. La apelación será revisada dentro de diez 10 días de recibida. El formulario de apelación y toda otra información pertinente se transmite a una parte independiente que hace la determinación final.

**Días y horas de servicio**

Lunes a Sabado 8:00 – 3:30

**HERSHEY SCHEDULE**  
 Starting September 4, 2018  
 Monday - Friday

DEPART LEBANON	HOPE DRIVE	UNIVERSITY PHYSICIAN CENTER	HERSHEY MEDICAL CENTER	HMC REHAB OLD WEST CHOCOLATE AVE	ARRIVE IN LEBANON
8:00AM	9:15AM	9:25AM	9:30AM	9:40AM	10:30AM
10:45AM	12:00PM	12:10PM	12:15PM	12:25PM	1:15PM

DEPART LEBANON	HMC REHAB OLD WEST CHOCOLATE AVE	HERSHEY MEDICAL CENTER	UNIVERSITY PHYSICIAN CENTER	HOPE DRIVE	ARRIVE IN LEBANON
2:15PM	3:00PM	3:10PM	3:20PM	3:30PM	4:15PM

**No hay Servicio los Sabados ni Domingos**

### **Información para Reservaciones**

Para utilizar el servicio después de que usted ha sido aprobado, llame a LT a 717.274.3514 antes de las 2:00, Lunes al viernes, no más tarde del día antes de su solicitud de servicio.

### **Cómo cancelar una reserva**

Si usted necesita cancelar una reservacion, llame al 717.274.3514, al menos 1 una hora antes de su recojido programado.

### **Días de Fiesta**

Servicio no se ofrece los Sábados y los Domingos o en los siguientes días festivos: Día de Año Nuevo, Memorial Day, 4 de Julio, Día Laboral, Día de Acción de Gracias y Navidad.

### **Información sobre las tarifas**

0-5 Millas \$3,00

5 + Millas \$4,00

Tarifa se basa en un viaje de ida.

### **Ventana de Recojida/Dejada**

Servicio de LT, como muchos servicios similares, opera sobre la base de una "ventana" para recojer, definido como 15 minutos antes o después de la hora programada de la recojida. Esto significa que el pasajero debe estar preparados 15 minutos antes de la hora programada. Un viaje se define a tiempo, si el conductor llega a 15 minutos de la hora programada.

### **Asistente de cuidado personal**

El programa de personas con discapacidad no financia un asistente de Cuidado Personal (PCA) o un compañero.

Una PCA o acompañante es permitido viajar con el cliente y debe pagar la tarifa regular completa. Acompañantes adicionales pueden viajar en tarifa completa en forma de "espacio disponible".

### **Política de Visitantes**

Los visitantes pueden completar el paquete de elegibilidad y registro para utilizar el servicio con descuento. Si elegible, el visitante (s) puede hacer reservas de viaje, utilizar el servicio y recibir el PWD tarifas descontada según el servicio de personas con discapacidad en el Condado de Lebanon.

### **Origen de destino**

LT ofrece servicio de origen y destino (comúnmente referido como "acera a acera").

Llamar al 717.274.3664 de Lunes a Viernes 8:00 hasta 4:00 para información.