

NOMBRE:

ID #:

RETAIN FOR YOUR RECORDS



RETAIN FOR YOUR RECORDS

7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683

DEPARTMENT DE TRANSPORTE TELEFONO: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819

LYDIA ORTEGA [lydia.ortega@abrazarinc.com](mailto:lydia.ortega@abrazarinc.com), CAROL SALAZAR [c.salazar@abrazarinc.com](mailto:c.salazar@abrazarinc.com)

### INSTRUCTIVO Y DIRECTRICES PARA EL SNEMT DE ABRAZAR -CENTRAL - (714) 891-9500

¡Bienvenido a Abrazar (significa ABRAZAR)! Se revisará su solicitud para nuestro programa de Transporte Médico No de Emergencia para personas mayores (SNEMT) y podrá comenzar a solicitar viajes desde y hacia sus citas médicas una vez que haya recibido su número de identificación. Esperamos poder ayudarle con sus necesidades de transporte médico. Comuníquese regularmente con sus coordinadores para mejorar y aumentar el programa y el servicio.

#### PARA PEDIR CITAS DE TRANSPORTE:

1. Siempre tenga su Número de ID listo cuando llame para programar una cita.
2. Los viajes deben programarse con **un mínimo de 5 días hábiles de anticipación**. Esto **no garantiza que el viaje esté disponible**.
3. Llame para programar su cita lo más pronto posible.
4. Llame a sus coordinadores con cualquier cambio en su perfil (dirección, teléfono, contacto de emergencia, horario, condición médica, equipo usado, etc.) o para cualquier requisito especial.
5. Hasta hoy no hemos priorizado ningún viaje, pero en el futuro es probable que hagamos preferencias.
6. **Sugerencias para pedir sus viajes: (1) llame con 10 días hábiles de anticipación. (2) Programe sus citas médicas para el martes o el jueves (3) Programe todos los viajes entre las 10:00 a.m. a las 3:00 p.m. Entendemos que no siempre es esto posible, pero la probabilidad de que haya viajes disponibles es muy alta cuando se siguen estos consejos.**

#### HORA A RECOGER – Hay un periodo de 30 minutos para su hora de recogida.

1. Su hora de recogida programada siempre tendrá un lapso de 30 minutos.
2. Por favor, programe y analice su hora de salida de acuerdo con su coordinador.

#### LIMITE DE MILLAS - El programa tiene las siguientes restricciones de cuantas millas:

1. 15 millas dentro del Condado de Orange y 10 millas fuera del Condado de Orange.

#### TIPO Y LÍMITE DE VIAJE - El programa tiene el siguiente tipo de viaje y política de límites:

1. Se **REQUIERE** que todos los viajes estén relacionados con citas médicas.
2. Se pedirá la verificación del tipo de cita para las direcciones médicas no tradicionales. Las clases regulares de terapias y ejercicio no son elegibles, a menos que se proporcione una recomendación del médico.
3. 16 viajes de ida o vuelta son permitidos por mes. Hay excepciones que se autorizadas basadas en el tratamiento médico.

#### CANCELACIONES DE VIAJE POR EL CLIENTE Y CUANDO NO SE ENCUENTRA (NO SHOW)

1. Por favor cancele 24 horas antes de su viaje programado.
2. **Cuando no se encuentra (No Show)**: Todas las cancelaciones que son menos de 2 horas antes de su viaje programado se consideran “No Shows”. Por favor llame con anticipación para cancelar su viaje. Todos los “No Shows” son contabilizados y después de 3 “No Shows”, el servicio puede ser suspendido o cancelado.

#### LA TARIFA DE VIAJE: el programa tiene la siguiente política de \$ 2.00 por tarifa de viaje:

1. Se requiere que Abrazar cobre una tarifa de \$ 2.00 por viaje. Si no proporciona la tarifa de \$ 2.00 por su viaje, Abrazar aún debe pagar la tarifa de \$ 2.00. Esto limita la cantidad de viajes que podemos brindar cada año. Le pedimos respetuosamente que ayude a apoyar el programa y proporcione la tarifa de \$ 2.00 por cada viaje realizado.

NOMBRE:

ID #:

RETAIN FOR YOUR RECORDS



RETAIN FOR YOUR RECORDS

7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683  
TRANSPORTATION DEPARTMENT PHONE: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819  
LYDIA ORTEGA [lydia.ortega@abrazarinc.com](mailto:lydia.ortega@abrazarinc.com), CAROL SALAZAR [c.salazar@abrazarinc.com](mailto:c.salazar@abrazarinc.com)

## INSTRUCTIVO Y DIRECTRICES PARA EL SNEMT DE ABRAZAR -CENTRAL - (714) 891-9500

### INSTRUCCIONES ADICIONALES Y DIRECTRICES PARA EL CLIENTE:

1. Los asistentes de cuidado personal pueden viajar gratis.
2. Alojamiento especiales disponibles para equipos médicos, asistentes de cuidado personal, perros de servicio. Asegúrate de anotarlo en la aplicación.
3. Si tiene un problema con sus servicios de transporte, llame al Coordinador de Transporte para informar el problema. Creemos que todos los asuntos deben poder manejarse a través de una comunicación respetuosa. Si un problema sigue sin resolverse, puede seguir los procedimientos de quejas descritos en el Formulario de servicio al cliente SNEMT de Abrazar.
4. Si tiene preguntas o inquietudes sobre la elegibilidad o las excepciones para el servicio, llame al Coordinador de Transporte.
5. La transportación de SNEMT no podrá responder a llamadas de emergencia. **Por favor llame al 911 en caso de una emergencia. No proporcionamos transporte a las salas de emergencias.**
6. Esté preparado para abordar inmediatamente a la hora programada y siga las instrucciones del conductor al abordar o salir del vehículo.
7. No está permitido fumar en el vehículo.
8. El transporte de alcohol no está permitido en el vehículo.
9. Todos los servicios de transporte deben originarse dentro del área de servicio designada por el Condado de Orange.
10. Para que el programa SNEMT pueda transportar su silla de ruedas, debe poder asegurarse, tener los frenos en funcionamiento y pesar 600 libras o menos.
11. Si necesita ir al mismo lugar cada semana de manera rutinaria, informe al despachador y podemos establecer un horario continuo para sus viajes.

### TERMINACIÓN POR PARTE DEL CLIENTE O POLÍTICA DE SUSPENSIÓN:

No tomamos a la ligera la suspensión o terminación de los servicios. Abrazar intentará comunicarse con usted antes de la suspensión o finalización de los servicios. La finalización del cliente o la suspensión del programa queda a la entera discreción de Abrazar y puede ser necesaria en caso de que ocurra alguna de las siguientes situaciones:

1. Abuso de la política de No-Show **No se encontró** (3 no-shows dentro de un período de 30 días) o No-Shows continuados.
2. Utilizar el SNEMT para fines que no están relacionados con citas médicas.
3. No tratar al personal de Abrazar y a otros con dignidad, respeto, imparcialidad y amabilidad.
4. No respetar o dañar los bienes de Abrazar.
5. Conducirse de una manera que sea peligrosa o que interrumpa a los coordinadores o conductores.
6. Su condición física no permite su transporte seguro. (1) Se niega a usar un dispositivo de movilidad que sea necesario (2) Usted necesita una camilla (3) Su equipo no está en condiciones operables. (sillas sin frenos ni reposapiés, andadores en mal estado., etc.).

Los clientes que no cumplan con los requisitos anteriores pueden ser suspendidos inmediatamente o perder completamente el privilegio del servicio de SNEMT. Los clientes serán notificados verbalmente y por correo si el servicio ha sido suspendido o terminado. Si no está de acuerdo con la suspensión o la finalización del servicio, puede seguir los procedimientos del Formulario de Servicio al Cliente SNEMT de Abrazar



7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683
TRANSPORTATION DEPARTMENT PHONE: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819
LYDIA ORTEGA l.ortega@abrazarinc.com, CAROL SALAZAR c.salazar@abrazarinc.com OR
JOSE MENDOZA j.mendoza@abrazarinc.com, ISRAEL ALVAREZ i.alvarez@abrazarinc.com

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ABRAZAR SNEMT
Debe firmar y datar la solicitud antes de enviarla. SOLICITUDES INCOMPLETAS SERAN REGRESADAS.

Apellido: Nombre(s): Fecha:

Fecha de Nac.: Edad (60): Hombre: Mujer:

Dirección: Apartamento/Unidad #:

Ciudad: Código Postal:

Teléfono 1: ( ) Teléfono 2( )

- 1. ¿Ha solicitado alguna vez OCTA ACCESS?
Si lo ha hecho, ¿se le asignó un Número de ID?
Si lo ha hecho, ¿puede usted usar los servicios de OCTA ACCESS?

- 2. ¿Tiene usted una incapacidad física o funcional?
Si la tiene, por favor descríbala:

- 2. ¿Requiere Ud. de un equipo especial para transportarse?

Por favor marque todos los que use:

Bastón Andadera Silla de Ruedas Moto Silla Oxigeno Otro

Si lo tiene, ¿puede Ud. bajar y subir de los vehículos Sin su equipo de apoyo?

¿Es Ud. capaz de transferirse de su Silla de ruedas al asiento sin ayuda?

- 4. ¿Viajará con Ud. un acompañante o asistente personal?

- 5. ¿Necesita que lo ayuden hasta llegar a la puerta?

Si lo necesita, díganos por qué:

6. Díganos el nombre de su médico familiar: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

7. ¿Qué tan a menudo piensa va a necesitar el servicio de transporte?

Diario \_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_ Otro (anótelo) \_\_\_\_\_

8. CONTACTO DE EMERGENCIA(1): \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA (2): \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

9. ¿Cómo se transporta a sus citas médicas ahora? \_\_\_\_\_

10. ¿Es usted dueño de un vehículo y puede Ud. conducir \_\_\_\_\_  Sí  No

La Siguiete información se obtiene para datos estadísticos solamente y no afecta su elegibilidad.

¿Dónde le informaron de este programa? \_\_\_\_\_

Raza:  Asiático  Negro  Hispano  Blanco  Americano Nativo  Otro \_\_\_\_\_

**Ingresos anuales por individuo (OBLIGATORIO):** \_\_\_\_\_

Exención por dificultades financieras solicitada

**Mi firma indica que toda la información en esta solicitud es válida.**

**Firma del Solicitante**

**Fecha**

**PARA USO INTERNO SOLAMENTE**

• Referrals to alternative transportation provided: \_\_\_\_\_

• Exceptions (temporary, unrestrictive etc.): \_\_\_\_\_

• Reason referred to OoA I&A: \_\_\_\_\_

• Need for follow-up contact: \_\_\_\_\_

• Annual Income:  At or below 150% FPG  Above 150%FPG  Financial Hardship Waiver



7101 WYOMING STREET, WESTMINSTER, CA 92683  
TRANSPORTATION DEPARTMENT PHONE: (714) 891-9500 FAX: (714) 893-4819  
LYDIA ORTEGA [l.ortega@abrazarinc.com](mailto:l.ortega@abrazarinc.com), CAROL SALAZAR [c.salazar@abrazarinc.com](mailto:c.salazar@abrazarinc.com) OR  
JOSE MENDOZA [j.mendoza@abrazarinc.com](mailto:j.mendoza@abrazarinc.com), ISRAEL ALVAREZ [i.alvarez@abrazarinc.com](mailto:i.alvarez@abrazarinc.com)

**ABRAZAR SNEMT PROGRAM WAIVER**  
Debe firmar y datar la solicitud antes de enviarla. SOLICITUDES INCOMPLETAS SERAN REGRESADAS.

Por medio de la presente reconozco que el transporte es un servicio proporcionado por ABRAZAR y financiado por County of Orange, Office on Aging. Por este medio renuncio al derecho de hacer cualquier reclamo en contra de ABRAZAR y County of Orange, Office on Aging o sus oficiales, empleados y voluntarios, por cualquier lesión, daños, cobros o gastos, incluyendo costos de abogados que puedan incurrir como resultado de mi participación en el Programa SNEMT. También reconozco que ABRAZAR se reserva el derecho a rehusar el servicio de transportación.

**USE LETRA DE MOLDE:**

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

**Firma del Cliente:** \_\_\_\_\_

**Firma del Enfermero (si aplica):** \_\_\_\_\_

Por favor regrese todos los formularios al coordinador (es), Lydia Ortega, Carol Salazar, Jose Mendoza o Israel Alvarez. Usted puede enviar por correo o venir y dejar su solicitud en el sobre que se adjunta. También puede mandarla por fax o correo electrónico haciendo una copia a [m.ortega@abrazarinc.com](mailto:m.ortega@abrazarinc.com). El servicio puede empezar después de que todas las formas han sido **enviadas y aprobadas y usted haya recibido su número de identidad ID.**

Se enviará por correo la confirmación y aprobación en un lapso de cinco días después de que se hayan recibido todos los formularios completos y se le asignara un número de ID.