

# Solicitud del Programa de Transporte LINC

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino  
Pronombres: \_\_\_\_\_

Se requiere una copia de una identificación emitida por el estado para procesar la solicitud.

Veterano:  Si  No

Raza:  Indígena americano/nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o afroamericano  
 Nativo de Hawái o isleño del Pacífico  
 Blanco  
 Prefiero no decir

Etnicidad:  
 Hispano/Latino  
 NO Hispano/Latino

¿Cómo se enteró de LINC? \_\_\_\_\_

¿Necesita adaptaciones para la comunicación? Si es así, ¿cuáles? (Braille, letra grande, intérprete, subtulado): \_\_\_\_\_

## Sección obligatoria para personas menores de 60 años

La discapacidad es:  Permanente  Temporal  
Fecha proyectada de finalización de la discapacidad: \_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor y organización: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Como profesional de la salud con licencia, certifico que este solicitante tiene una discapacidad que le impide o limita gravemente su capacidad para conducir.  
Firma: \_\_\_\_\_

### Título VI de la Ley de Derechos Civiles

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación por motivos de raza, color u origen nacional en cualquier programa o actividad que reciba fondos federales u otra asistencia financiera federal. El programa de transporte de LINC recibe fondos federales y debe cumplir con el Título VI. Para más información o para presentar una queja, llame al (208) 336-3335 o visite [www.lincidaho.org/transportation](http://www.lincidaho.org/transportation) para conocer el proceso y formulario de quejas.

Tarjeta # \_\_\_\_\_ (Para uso exclusivo del personal de LINC)





## Derechos y Responsabilidades Individuales

\_\_\_\_\_ Entiendo que se mantendrá un registro escrito sobre mis actividades, metas, servicios y préstamos con LINC. Toda la información compartida entre LINC y yo está protegida de acuerdo con las leyes de HIPAA. Puedo solicitar detalles sobre estas leyes en cualquier momento..

\_\_\_\_\_ Este plan trata sobre mí, mis sueños y mis objetivos para lograr y/o mantener mi independencia. Puedo modificar mi plan en cualquier momento. Entiendo que alcanzarlos requerirá participación activa y cooperación. Esto incluye asistir a citas, actividades programadas y completar cualquier tarea necesaria como parte de mi **Plan de Vida Independiente (ILP)**.

\_\_\_\_\_ Entiendo que un miembro del personal de LINC puede cerrar mi expediente en cualquier momento, incluyendo cuando no haya participado activamente, por cualquier actividad ilegal o por cualquier amenaza o acto de violencia real

\_\_\_\_\_ He recibido una copia del **Programa de Asistencia al Cliente (CAP)** para obtener ayuda en la resolución de cualquier problema o queja como consumidor.

\_\_\_\_\_ Brindaré mi opinión sobre los servicios y capacitaciones si se me proporciona una encuesta de satisfacción.

\_\_\_\_\_ Tengo el derecho de apelar cualquier decisión tomada por LINC comunicándome con el Director de Vida Independiente.

\_\_\_\_\_ Sé que puedo solicitar comunicaciones en un formato alternativo (braille, letra grande, subtítulado, interpretación, etc.).

\_\_\_\_\_ Entiendo que, en caso de estar insatisfecho con los servicios recibidos o si deseo apelar cualquier decisión tomada por LINC, puedo comunicarme con el **Director de Innovación en Vida Independiente** o el **Director Ejecutivo** al (208) 336-3335.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del consumidor

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del personal de LINC