

## **SOLICITUD DE OSCAR**

### **PROGRAMA DE TRANSPORTE SENIOR**

El Departamento de Servicios de Cuidado de Adultos y Largo Plazo del Condado de Onondaga y el Centro patrocinan un servicio de paseo para personas mayores que residen en el condado de Onondaga. El servicio de Call-A-Ride Senior de Onondaga (OSCAR) **NO** es servicio de **Llamada-A-Bus; La elegibilidad se basa únicamente en la edad.** Se aceptan contribuciones voluntarias y se utilizan para ampliar los servicios.

La contribución sugerida por OSCAR es de \$2.00 por viaje. Sin embargo, una contribución en cualquier cantidad es bienvenida. Nadie será negado los servicios si no puede o no quiere contribuir. Informe al coordinador de transporte si está haciendo una contribución al programar su viaje

OSCAR Requisitos:

- **Debe tener por lo menos 60 años de edad y residir en el condado de Onondaga.**
- Servicios ofrecidos a lugares fuera del área de servicio de Call-A-Bus y dentro del condado de Onondaga.
- Un máximo de dos (2) viajes de ida y vuelta o cuatro (4) de ida por mes. (Esto está sujeto a cambios dependiendo del financiamiento.)
- El servicio funciona de lunes a viernes de 7:00 am a 7:00 pm. Este servicio no está disponible los fines de semana y días festivos.
- Las reservas se aceptan con 14 días de anticipación, pero no menos de 2 días hábiles, de la fecha de viaje deseada.
- El servicio OSCAR **no** puede utilizarse para el transporte médico si el cliente es elegible para Medicaid. Póngase en contacto con su trabajador de Medicaid para obtener asistencia en citas médicas.
- Para más información, con respecto a este programa, por favor llame al 442-3434 de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.

Complete todas las partes de esta aplicación y envíela a:

Transporte Senior de **OSCAR**  
200 Cortland Ave., PO Box 820  
Syracuse, NY 13205-0820

***Por favor, guarde la portada para futuras referencias.***

***Página dejada en blanco intencionalmente.***

**Departamento de Atención a Adultos y Largo Plazo - Formulario de Inscripción**

**\*\* POR FAVOR IMPRIMA NECESITAMENTE \*\***

FECHA REGISTRO: \_\_\_\_\_ PROVEEDOR: \_\_\_\_\_ OSCAR \_\_\_\_\_

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ GÉNERO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

(Casado, Divorciado, Separado, Socio de por vida, Viudo, Soltero-Nunca casado)

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL. (Últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

- RAZA ÉTNICA:  Indio Americano / Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro / afroamericano  
 Hispano - Blanco  
 Nativo de Hawai / Otras islas del Pacífico  
 Blanco (no minoritario / no hispano)  
 Otros

- ETNICIDAD:  Hispano o latino  
 No hispano o latino

- |   |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Ingreso único por debajo de \$ 990 / Mes:                       | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Ingreso de pareja por debajo de \$ 1335 / Mes:                  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Participas en Medicaid:   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Vivir solo:   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Discapacitados:   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Frágil:   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Entiende Inglés:  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Veterano:   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Veterano Dependiente:   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| El inglés es su idioma principal:                               | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Es difícil para usted leer, hablar, escribir o entender Inglés: | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Necesita un traductor:  | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| Es usted refugiado:   | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

En caso afirmativo, qué país: \_\_\_\_\_

**Formulario de Consentimiento Informado (Servicios de Envejecimiento)**

Puede viajar sin la ayuda de otra persona:  SI  NO

Puede subir tres pasos de 12 pulgadas sin ayuda:  SI  NO

Cuando viaja, utiliza: (por favor, compruebe)

- CANA
- WALKER
- CANA BLANCA
- SERVICIO ANIMAL
- SILLA DE RUEDAS
- SILLA DE RUEDAS DE POTENCIA
- SCOOTER

Yo, el solicitante abajo firmante, declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Si alguien más que el solicitante completó este formulario en nombre del solicitante, esa persona debe completar lo siguiente:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

*El cliente debe poner sus iniciales en cada sección que aplique y firmar al final. El trabajador debe completar la certificación.*

**Consentimiento Informado Para Recopilar y Registrar Información Personal**

Doy mi consentimiento al Departamento de Servicios para el Cuidado a Largo Plazo del Condado de Onondaga para guardar información personal proporcionada por mí o mi representante autorizado en el Sistema de Datos del Cliente mantenido por la Oficina del Envejecimiento del Estado de Nueva York (NYSOFA). Guardar mi información de esta manera permite a otras agencias que usan el Sistema de Datos del Cliente ver mi información si se hace una referencia, pero esto solo ocurrirá con mi permiso.

Entiendo que esta información se está recopilando para ayudar a proporcionar servicios bajo NYSOFA y las Oficinas locales para el Envejecimiento. También ayuda a identificar otros servicios que pueda necesitar. Entiendo que esta información es necesaria para que se brinden algunos servicios. La autoridad para proporcionar estos servicios y recopilar mi información para estos fines se encuentra en la Ley de estadounidenses mayores y en la Ley de ancianos de Nueva York.

Entiendo que, según la Ley de Protección de Privacidad Personal del Estado de Nueva York, mi información personal se mantendrá confidencial. No será compartido sin mi permiso.

Entiendo qué información se registrará, la necesidad de la información y que existen leyes y reglamentos que protegen mi información.

Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria, pero que la negativa a hacerlo puede limitar las opciones disponibles para mí.

**Inicial del cliente** \_\_\_\_\_

---

**Consentimiento Informado Para Referir y Compartir Información Personal**

Solicito y doy mi consentimiento para que el Departamento de Servicios para Adultos y Cuidados a Largo Plazo del Condado de Onondaga divulgue todos los registros solicitados, que incluyen, entre otros, información personal, información médica y cualquier otra información sobre mí que he proporcionado al Departamento de Servicios para Adultos de Onondaga. Servicios de atención a adultos y a largo plazo a las siguientes entidades para que puedan derivar los servicios que pueda necesitar o para los fines identificados de la siguiente manera:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Formulario de Consentimiento Informado (Servicios de Envejecimiento)**

---

Entiendo qué información se divulgará, la necesidad de la información y que existen leyes y reglamentos que protegen la confidencialidad de esta información.

Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria, pero que la negativa a hacerlo puede limitar las opciones disponibles para mí.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y en tal caso puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

**Inicial del cliente** \_\_\_\_\_

---

**Consentimiento Informado Para Compartir Cierta Información en Caso de un Desastre o Emergencia**

En caso de un desastre o emergencia, doy mi consentimiento para que se divulgue información sobre los servicios que recibo, mi situación de vivienda y con quién vivo, el equipo o los servicios médicos necesarios a diario, los medicamentos recetados tomados a diario, las necesidades dietéticas especiales, las necesidades especiales de comunicación, ceguera u otras deficiencias visuales, e información sobre mi condición general y movilidad.

Entiendo que esta información solo se dará a quienes la usarán para responder a una emergencia, como agencias gubernamentales, agencias del orden público o quienes actúen en su nombre en caso de un desastre o una situación de emergencia.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y en tal caso puede que ya no esté protegida por la ley federal o estatal.

**Inicial del cliente** \_\_\_\_\_

---

Doy mi consentimiento para las acciones anteriores donde he iniciado mis iniciales. Las autorizaciones provistas no vencerán a menos que sean revocadas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante individual o legal*

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la persona (Imprimir)*

\_\_\_\_\_  
*Si es representante legal, proporcione el nombre y la relación con el individuo*