
APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPORTE

INSTRUCCIONES La Fundación de Diabetes (DF) ayuda a los residentes de Nueva Jersey sin seguro y con seguro insuficiente que no pueden pagar el transporte a una cita médica debido a dificultades financieras. El Programa de Transporte de DF es un servicio de ida y vuelta de una sola vez para ayudar a ir y venir de una cita de atención médica. DF también mantiene una red de apoyo gratuita, que está disponible para abastecer a los beneficiarios y otras personas que puedan tener preguntas o necesiten recursos continuos para obtener recetas, atención médica, control diario de la diabetes y más. El DF se reserva el derecho de contactarlo con preguntas de seguimiento antes de que se apruebe la aplicación. El procesamiento de las aplicaciones se lleva a cabo **M-F 9-5. Una vez aprobado, será contactado. Si necesita ayuda para completar esta aplicación, llame al (201) 444-0337. Este servicio de transporte es proporcionado por Lyft Concierge. Los vehículos no son accesibles para sillas de ruedas.**

REQUISITOS DE APLICACIÓN:

- Se debe proporcionar un documento que muestre un comprobante de domicilio (es decir, copia de la licencia de conducir, factura de servicios públicos, factura telefónica, factura, hoja de la cara del hospital, etc.).
- Los aplicantes deben ser residentes del estado de Nueva Jersey para recibir asistencia.

***Las aplicaciones incompletas se mantendrán hasta que se hayan proporcionado todos los documentos requeridos. ***

Cada aplicación se revisará caso por caso para que DF pueda determinar la forma más efectiva de ayudar al aplicante a corto y largo plazo.

Las aplicaciones y recetas se pueden enviar a través de:

Fax: (201) 444-5580 | Correo:
Diabetes Foundation
45 Whitney Road 2M
Mahwah, NJ 07430

¿Preguntas? Teléfono: (201) 444-0337 Web: www.diabetesfoundationinc.org

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPORTE

Todas las preguntas con * son obligatorias. La aplicación no puede ser aprobada de otra manera.

Fecha: _____

1A. INFORMACIÓN DEL APLICANTE

*Nombre del aplicante: _____

*Género: ☐ Masculino ☐ Mujer ☐ Hombre Transgénero ☐ Mujer Transgénero ☐ Prefiere no responder

☐ Otro: _____

*Dirección principal: _____ Apt. #: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____

*Condado: _____

*Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

Número de teléfono residencial: ____-____-____ *Número de teléfono móvil: ____-____-____

Dirección de correo electrónico: _____

*Raza: ☐ Afroamericano/Negro ☐ Hawaiano nativo/isleño del Pacífico ☐ Caucásico/Blanco ☐ Asiático

☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Hispánico ☐ Latinx ☐ Otro _____

*Origen étnico: ☐ Hispánico/Latinx ☐ No hispanos/Latinx ☐ Inseguro

*Ciudadanía: Tenga en cuenta: El estado de ciudadanía no descalifica la elegibilidad de nuestro programa; sin embargo, nos permite ayudarlo mejor a encontrar asistencia a largo plazo.

☐ Ciudadano estadounidense ☐ Permanente Residente ☐ Ciudadano Temporal ☐ Indocumentado

*¿Cuál es el nivel de educación más alto del aplicante? ☐ Menos que la escuela secundaria ☐ Alguna escuela

secundaria ☐ Escuela Secundaria/GED ☐ Alguna universidad ☐ Asociados ☐ Licenciatura ☐ Maestros ☐ Doctorado

☐ Orto: _____

*Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Orto: _____

*Nombre del contacto si no es el aplicante:

Nombre/Relación: _____ *Teléfono móvil: ____-____-____

Confirme que el DF puede comunicarse directamente con el solicitante o cuidador sobre este transporte o cualquier otro servicio del DF.: ☐ Si ☐ No

*¿Cuál es el ingreso familiar promedio?

☐ Debajo \$15,000 ☐ \$15,000-24,999 ☐ \$25,000-34,999 ☐ \$35,000-39,999 ☐ \$50,000-74,999

☐ \$75,000-99,999 ☐ \$100,000-149,999 ☐ \$150,000-199,999 ☐ \$200,000 y más

*¿Cuántas personas viven en su casa?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 10+

Cita A1C

Cita con el endocrinólogo

Cita con el médico de cabecera

Cita con podólogo

Cita para educadores en diabetes

Cita con de dietista

Orto: _____

Fecha de cita: ____/____/____

Hora de la cita: _____

Médico o dirección de ubicación:

Calle: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____

*3A. ¿CÓMO SE ENTERASTE DE NUESTRO PROGRAMA??

- ☐ Profesional de la salud (personal del hospital, médico o farmacéutico)
- ☐ Búsqueda de Google
- ☐ Redes sociales (Facebook/Twitter/Instagram/Linked-In)
- ☐ Agencia gubernamental o sin fines de lucro
- ☐ Escuela
- ☐ Otro _____

4. EXPLICACIÓN DEL PROGRAMA Y CERTIFICACIÓN DEL APLICANTE

Yo (nombre completo del aplicante) _____ Autorizo a la Fundación de Diabetes a usar esta información para evaluar mi elegibilidad para participar en el programa de asistencia de transporte. Entiendo que esta asistencia proporcionará transporte de ida y vuelta una sola vez. Certifico que no tengo la capacidad de acceder al transporte en este momento y que estoy en el proceso de solicitar programas para los cuales puedo ser elegible para recibir asistencia. Entiendo que es a discreción de la Fundación de Diabetes que cada aplicación es aprobada. Autorizo a la Fundación de Diabetes a ponerse en contacto conmigo, o con mi profesional de la salud, para hacer un seguimiento de mi progreso. Doy permiso a mi profesional de la salud para divulgar mi información personal, incluida la información de salud protegida, a la Fundación de Diabetes. En lo que respecta a esta aplicación. Entiendo que la Fundación de Diabetes puede volver a revelar mi información confidencial para los fines de este programa. Reconozco que la Fundación para la Diabetes no está específicamente obligada por la Ley de



Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) o las regulaciones comunicadas en virtud de la misma, pero que la Fundación hace esfuerzos razonables para proteger mi información confidencial y cumplir con todas las leyes federales y estatales aplicables.

Firma del aplicante

Fecha