



El Programa de Reembolso de Millas ha sido creado para promover el transporte basado en voluntarios para las personas de mayor edad y las personas incapacitadas, que no pueden conducir y que no tienen acceso al transporte público. Los participantes identifican un conductor voluntario para transportarlos a los viajes médicos o comestibles calificados y NCTPA le rembolsa las millas.

¿Quién califica al programa?

Los solicitantes deben que cumplir con todos los siguientes requisitos:

- No puede manejar;
- Residente del condado de Napa de 65 años o más y/o una persona que tiene una discapacidad;
- Vive afuera del servicio de transportación pública o tiene citas médicas que no son alcanzadas por medios de transportación pública;
- Tiene citas médicas y compras de comida que no son alcanzadas por transportación pública.

¿Quién puede ser el conductor voluntario?

Un conductor voluntario puede ser un amigo(a), un miembro de familia, un vecino, etc.

¿Cuál es el reembolso por millas?

El reembolso es 0.54 centavos por cada milla. Por ejemplo, si un viaje para ir a una cita médica es de un total de 50 millas, serian **0.54 centavos X 50 millas = \$27 de reembolso** por ese viaje. Reembolsamos un mínimo de 18 millas por mes.

Por favor complete la aplicación y envíelo por correo a NCTPA:

625 Burnell St.

Napa, CA 94559

O por fax al (707) 259-8638

Para más información, llámenos al (707)253-4649
o visite nuestra página al www.ridethevine.com/mrp



NCTPA Programa de Reembolso de Millas

625 Burnell St.

Napa, CA 94559

(707) 253-4649

FAX: (707) 259-8638



Aplicación de Elegibilidad

Por favor enviar aplicación completa a NCTPA a la dirección de arriba, APLICACIONES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.

Nombre: _____ Apellido: _____

Número Telefónico: _____ Número Celular: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección de Correo (si es diferente de dirección de casa): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre del contacto de emergencia: _____ Apellido: _____

Relación con el aplicante: _____ Número Telefónico: _____

1 ¿Cómo se enteró de este programa? _____

2 ¿Usted puede conducir? Sí No ¿Porque no? _____

3 ¿Tiene algún problema de salud que afecta su habilidad de conducir? Sí No

4. Por favor describa su problema(s) de salud:

5 ¿Cómo es que su problema de salud afecta su habilidad de manejar?

6 ¿Su problema de salud ha sido verificado por un doctor? Sí No

7 ¿Cómo ha sido su manera de llegar a sus citas médicas o a comprar comida el mes pasado?

8 ¿Con que frecuencia visita al doctor?

No tan seguido algunas veces al mes algunas veces a la semana Cada día

9 ¿Dónde están localizadas sus citas médicas?

Nombre de consultorio Ciudad ¿Cuántas veces al mes?

Nombre de consultorio	Ciudad	¿Cuántas veces al mes?

10 Numero de citas médicas del mes pasado: _____

11 ¿Usted usa transportación pública? (incluyendo Vine Go) Sí No ¿Porque no? _____

12 ¿Usted ya tiene un conductor voluntario? Sí No

13 ¿Quién sería su conductor voluntariado? Un familiar Amigo/a Ayudante contratado

14 ¿Tiene comentarios, preguntas u otra información que quiere proveer?

NCTPA Programa de Reembolso de Millas

625 Burnell St.

Napa, CA 94559

(707) 253-4649

FAX: (707) 259-8638



Aplicación de Elegibilidad

Parte I: Por favor seleccione uno de los siguientes requisitos

Soy una persona de 65 años de edad o más, (proporcionar prueba de identificación como por ejemplo, una copia de tarjeta de ID de California, o tarjeta de Medicare.) Si usted tiene 65 años of más, no llene la Parte II de esta página.

Tengo menos de 65 años de edad pero tengo una incapacidad. (Por favor llene Parte II, Autorización de descargo de Información Médica).

Parte II: Autorización de descargo de Información Médica (Si usted tiene 65 años of más, no llene esta parte)

Completada por el aplicante y entregada con su aplicación:

Nombre: _____ Apellido: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección Residencial: _____

Nombre del Profesional y/o el doctor que va liberar su información médica: _____

Dirección: _____

Registro médico o número de ID, si usted tiene: _____

Yo autorizo a este profesional con licencia (doctor, terapeuta, asistente social, etc.) quien puede verificar mi discapacidad o condición de salud, que libere mi información a mi agencia de transportación pública local. Esta información se va a usar solamente para verificar su elegibilidad para el servicio del NCTPA Programa de Reembolso de Millas. Yo entiendo que es mi derecho a recibir una copia de esta autorización y de que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

NCTPA Programa de Reembolso de Millas

625 Burnell St.

Napa, CA 94559

(707) 253-4649

FAX: (707) 259-8638



Yo, (nombre del aplicante), _____, certifico que la información que he proveído es correcta y verdadera. Yo entiendo que la información que he provehido va a hacer tratada como confidencial y se va usar solamente para determinar mi inicial y continua elegibilidad para este programa, y será mantenida como una parte permanente de mi archivo.

Yo entiendo que es la política del Programa de Reembolso de Millas para perseguir cualquier sospecha de fraude. Una “declaración de fraude” se hace cuando una representación falsa de datos del presente o pasado es cometida por el aplicante de este programa, miembro de familia del aplicante, o una persona que no es un relativo del aplicante (por ejemplo, un ayudante médico, o un conductor voluntariado). Si se encuentra fraude, el aplicante resultará descalificado(a) del programa.

Si mi aplicación es aprobada por el Programa de Reembolso de Millas, yo estoy de acuerdo con todas las reglas del programa que son o serán comunicadas, o notificadas a mí ya sean escritas, por teléfono o por otros medios de comunicación. Yo entiendo que si fracaso a respetar las reglas del Programa de Reembolso de Millas, se puede resultar en la terminación de servicios por el Programa de Reembolso de Millas.

Yo entiendo que mi conductor (o conductores) voluntario(s) no está empleado por NCTPA Programa de Reembolso de Millas y de que NCTPA y sus fuentes de financiación no asume ninguna responsabilidad por mi elección personal de mi conductor voluntario, o cualquier seguro de responsabilidad civil. Yo reconozco que si alguien está conduciendo y yo estoy adentro de ese vehículo, que puede ser una actividad peligrosa para mí, mi propiedad, a la persona que conduce el vehículo y/o la propiedad de otras personas. En consideración de mi participación en el Programa de Reembolso de Millas, Yo los libero para siempre por responsabilidad y estoy de acuerdo a liberar, indemnizar y/ o eximir de daños al Programa de Reembolso de Millas u otras organizaciones, agencias, o individuales que proporcionan financiación o apoyo a este programa por cualquier y todas las reclamaciones, pérdidas, deudas, u obligaciones que surja de o en cualquier forma conectada con mi participación en el Programa de Reembolso de Millas. Yo estoy de acuerdo que soy responsable por pagar los reembolsos, cuando los reciba, a mi conductor (o conductores) voluntario(s).

El Programa de Reembolso de Millas de NCTPA no es un derecho de gobierno. Todos los fondos por las millas de reembolso son proveídos por subvenciones. Peticiones de reembolso serán honradas si hay habilidad de fondos financieros para pagos de reembolso. Si no hay habilidad de fondos, no se harán pagos.

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

Nombre y relación del preparador o el ayudante de esta aplicación, si no es el aplicante: _____

Número de teléfono del preparador o ayudante: _____