

Inscrição para o programa de acesso ao transporte do Island Health Care

Como funciona o TAP?

Todos os pacientes do Island Health Care são elegíveis para solicitar assistência em viagens para consultas médicas e / ou de saúde mental. Os pedidos serão analisados caso a caso. Este programa opera conforme necessário, o que significa que os pacientes são obrigados a explorar outras fontes de assistência de transporte antes de se inscrever. Observe que você deve documentar suas descobertas e a falha em relatar resultará em uma inscrição incompleta e atrasos nos tempos de processamento. Se você quiser saber mais sobre os recursos de transporte, entre em contato com nossos agentes comunitários de saúde, que podem orientá-lo sobre os recursos apropriados.

As despesas que se qualificam neste programa incluem, mas não estão limitadas a: passagens de balsa, transporte de ônibus, táxi e acomodações em hotéis. Esta não é uma lista completa - observe todas as necessidades exclusivas no aplicativo (por exemplo, pagamento de serviço de carro, estacionamento, pedágios, etc.). Os pedidos retroativos podem ser enviados para reembolso de despesas que datam de 1º de fevereiro do ano corrente. **Ao solicitar reembolso, são necessários recibos de despesas cobertas.** Se você não conseguir anexar um recibo, uma fatura do cartão de crédito ou débito é aceita.

Processo de aplicação

As inscrições podem ser enviadas de três maneiras: (1) e-mail, (2) correspondência ou (3) entregar pessoalmente.

- (1) E-mail: Preencha online (ou manualmente e digitalize) e envie um e-mail para hdolan@ihimv.org com o assunto "IHC-TAP"
- (2) Correio para: IHC-TAP, PO Box 9000, Edgartown, MA 02539
- (3) Entregar pessoalmente para: IHC em 245 Edgartown Vineyard Haven Road no triângulo em Edgartown

As inscrições serão processadas por ordem de chegada. Os candidatos serão notificados por telefone ou e-mail sobre o status de sua inscrição.

Anexe cópias de todos os recibos e / ou extratos de cartão de crédito ou débito. Se precisar de ajuda para preencher este formulário ou tiver alguma dúvida, ligue para nosso Agente de Saúde Comunitário, Mary Donnelly em (339) 444-5495, ou Sarah Toste em (339) 201-3989.

Nome do candidato (último, primeiro):	Data da aplicação:
Endereço de correspondência:	Data de nascimento (DD / MM / AAAA):
Email:	Melhor número para entrar em contato com você:

TAP identification #: _____

Aplicativo assistido por um agente comunitários de saúde? NÃO SIM, rubrique aqui:

Você tem seguro de saúde? NÃO SIM, Seguro(s): _____, _____

Informações de agendamento e transporte

Você está solicitando reembolso por viagens que já ocorreram? SIM NÃO

O seu seguro cobre os custos de transporte? SIM NÃO PARCIALMENTE

Se sim ou parcialmente, explique: _____

Nome do especialista / médico / provedor	Departamento	Localização e número de telefone
Data e hora da nomeação:		
Verificação (a ser preenchido pela equipe IHC):	STATUS de verificação: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ASSINATURA DA EQUIPE:	

Solicitação de assistência financeira para transporte (marque todas as opções aplicáveis):

PASSAGEIRO SSA (balsa) AUTO SSA ÔNIBUS GÁS HOTEL TÁXI OUTRO

Se for outro, especifique e inclua o preço, se for conhecido: _____

Se estiver solicitando um voucher de gasolina, quanto custa para encher o tanque do seu carro? \$ _____

Certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento. Certifico também que os recursos solicitados estão sendo usados para viagens de e / ou de Martha's Vineyard para consultas médicas.

Nome completo (impresso)

Assinatura

Data de hoje

TAP identification #: _____

FOR OFFICIAL USE ONLY:			
Request Type:	<input type="checkbox"/> UPCOMING TRAVEL <input type="checkbox"/> REIMBURSEMENT	Approved:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Assistance:	<input type="checkbox"/> SSA PSNGR <input type="checkbox"/> SSA AUTO <input type="checkbox"/> BUS <input type="checkbox"/> GAS <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> TAXI <input type="checkbox"/> OTHER If other, please indicate here:		
If upcoming travel , include voucher(s) number(s):			
Amount (\$) requested by applicant and amount (\$) spent by IHC are the same:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Verification Provided <small>(appt confirmation req)</small>	<input type="checkbox"/> Appointment confirmation <input type="checkbox"/> Receipt(s) <input type="checkbox"/> Card Statement	Total Owed	\$

Please indicate a reason for denial of any specific reimbursement or funding request: _____

Population Health Manager Signature & Date: _____

HR Manager Signature & Date: _____