

## 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. Você pode esperar o recebimento de seu reembolso dentro de três semanas após a aprovação do aplicativo.

### 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](mailto: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 PRIMEIRO NOME SOBRENOME em XXX-XXX-XXXX.**

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

APENAS PARA USO OFICIAL: aplicativo assistido por um agente comunitários de saúde?

SIM     NÃO    Se SIM, por favor, rubricue aqui:

Você tem seguro de saúde?  SIM  NÃO

Em caso afirmativo, forneça as seguintes informações:

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: \_\_\_\_\_

Você precisa de acomodação para a noite? (por exemplo, a consulta é cedo de manhã)?  SIM  NÃO

Nome do especialista / médico / provedor	Departamento	Localização e número de telefone	Data e hora da nomeação	Verificação <i>A ser preenchido pela equipe IHC</i>
<b>STATUS DE VERIFICAÇÃO</b> (inclui 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

<b>APENAS PARA USO OFICIAL:</b>
Patient Name:
Approved Travel:
Approved By:
Date Approved:
List the documents used for future travel or reimbursement. Please attach a copy of each.