

## Transporte servicio de respuesta a la demanda en desventaja Aplicación de elegibilidad para el servicio de acera a acera

Completar aplicaciones aceptadas por correo / fax / correo electrónico o en persona:

Lunes al viernes

8:00 – 17:00

Para preguntas llamar al: (850) 785-0808

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD:

1. al terminar la aplicación, escriba o letra de molde y firmar donde se indica.
2. solicitudes ilegibles, incompletos o sin firma no serán aceptadas y se devolverán.
3. procesamiento de esta solicitud puede tomar hasta 21 días. El período de 21 días comienza después de que una solicitud es recibida.
4. todos los solicitantes serán notificados de los resultados de la aplicación por correo electrónico o carta.
5. solicitudes permanecerá activas durante 365 días calendario.
6. con el fin de determinar si los solicitantes cumplen los criterios de elegibilidad de programas para el servicio de respuesta de demanda de transporte desfavorecidos (TD), el solicitante debe tener ningún otro medio de transporte disponible y al menos uno de los siguientes criterios:
  - Solicitante no vive en una ruta de autobús por Bahía ciudad carretilla; o
  - Solicitante es mayor de 60 años; o
  - Nivel de ingresos del solicitante cae por debajo de pautas federales de pobreza actual (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>); o
  - El solicitante tiene una discapacidad impidiendo el uso de una ruta de autobús por Bahía ciudad de carretilla
7. completar esta aplicación automáticamente no certificar un solicitante de servicio de respuesta de demanda de TD.

**Por favor completar sólo las partes de esta aplicación que se aplican a su situación específica como se indica a continuación.**

- A. si el solicitante no dispone de otros medios de transporte disponibles y candidatos no viven en un autobús vía serviced por solicitante o carretilla de la ciudad de Bahía es mayores de 60 años, por favor complete:
  - **Sección 1 sólo**
- B. si el solicitante no tiene ningún otro medio de transporte, nivel de ingresos del solicitante y cae por debajo de pautas federales de pobreza actuales, por favor complete:
  - **Sección 1 y sección 2**
- C. si el solicitante no tiene ningún otro medio de transporte disponible y solicitante tiene una discapacidad impidiendo el uso de una ruta de autobús por Bahía ciudad carro por favor completa:
  - **Sección 1 y sección 3 sólo**

**Bay Area transporte utilizará la información en esta solicitud para la prestación de servicios de transporte. La información no se proporcionará a ninguna otra persona o agencia fuera de transporte de área de la bahía.**

**Sección 1: Información para el solicitante de la General**

Nombre:		Media inicial:	Apellido:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Numero de teléfono:		Correo electrónico:
Dirección de calle:			# De apt:	Bldg#
Ciudad:			Estado:	Código postal:
Nombre del edificio/complejo:			Código de la puerta si es necesario:	

**Contacto de emergencia:**

Nombre:		Apellido:		
Numero de teléfono:	Relación:	Correo electrónico:		
Dirección de calle:				
Ciudad:		Estado:	Código postal:	

**A. ¿qué tipo de instalación de residencia ¿vive usted en?**

<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Hogar de ancianos
<input type="checkbox"/> Vivienda asistida	<input type="checkbox"/> Página de inicio de embarque	<input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación	<input type="checkbox"/> Otros

**B. ¿tiene su residencia/instalación de una rampa?**
 Si  No
**C. ¿tiene la facilidad de vivir en un vehículo para transporte de residentes?**
 Si  No
**D. ¿usted siempre sido transportados por el servicio donde usted vive?**
 Si  No
**E. ¿cómo ¿actualmente viaja a citas o a otras actividades como compras (marque todos que aplican)?**

<input type="checkbox"/> Conducir a mí mismo	<input type="checkbox"/> A pie	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Friend
<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Autobuses	<input type="checkbox"/> Otros (especifique)	

Silla de ruedas tamaño: (si aplica)

Peso

Longitud

Ancho

Extensiones de la pierna

 Si  No

**Nota: Todos los vehículos carro de ciudad de la bahía son accesible en silla de ruedas. El uso de una silla de ruedas no automáticamente le hará elegible para usar el servicio de respuesta de demanda de TD.**

**F. el. ¿necesita la ayuda de un acompañante o asistente de Cuidado Personal (PCA)?**
 Si  No
**Se requiera viajar con un PCA.****G. ¿necesita tener información dada a usted en un formato alternativo (marque todos que aplican)?**

<input type="checkbox"/> Letra de gran tamaño	<input type="checkbox"/> Audio	<input type="checkbox"/> Video	<input type="checkbox"/> Braille
<input type="checkbox"/> Otros (especifique)			

**H. Compruebe cualquiera de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo que utilice (marque todos que**

aplican).

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caña de                    | <input type="checkbox"/> Muletas               | <input type="checkbox"/> Llaves de pierna     | <input type="checkbox"/> Walker              |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil           | <input type="checkbox"/> Animal de servicio    | <input type="checkbox"/> Guía vidente         | <input type="checkbox"/> Caña blanca (ciego) |
| <input type="checkbox"/> Imagen                     | <input type="checkbox"/> Tabla de alfabeto     | <input type="checkbox"/> Camilla              | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas     |
| <input type="checkbox"/> Sillón de ruedas accionado | <input type="checkbox"/> Potencia Scooter/Cart | <input type="checkbox"/> Servicio de ascensor | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) |

I. ¿has usado Bay Town Trolley?

Si  No

J. por favor, indique la razón por qué usted está buscando elegibilidad de servicio de respuesta de demanda de TD (marque todos que aplican).

- No vivo en una ruta de autobús por Bahía ciudad de carretilla.
- Soy mayor de 60 años.
- Mi nivel de ingresos cae por debajo de pautas federales de pobreza actuales. (Se requiere comprobante de ingresos)
- Tengo una discapacidad impidiendo el uso de una ruta de autobús por Bahía ciudad de carretilla.
- Otros (especifique):

### Certificación del solicitante

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proveer falsa información engañosa o hacer declaraciones falsas en nombre de otros constituye fraude y se considera un delito grave bajo las leyes del estado de la Florida. Autorizo a los médicos profesional(s) listadas para liberar información Bahía área transporte sobre mi incapacidad y sus efectos sobre mi capacidad para viajar en carro de la ciudad de Bahía. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con aviso escrito al transporte del área de la bahía.

Firma del  
solicitante:

Fecha:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Sección 2: Verificación de ingresos

A. con el fin de determinar si usted califica para el servicio de respuesta de demanda de transporte desfavorecidos (TD), por favor, conteste las siguientes preguntas:

Número de personas en el hogar:                      Total ingreso individual:                      \$                      Total ingreso familiar anual:                      \$

B. ¿cuántos vehículos son propiedad de o utilizado por los miembros de su familia?

C. ¿son estos vehículos disponibles para su uso?                       Si                       No

Si no, explique por qué:

***Nota: Se requiere evidencia de ingresos. Por favor enviar con la solicitud.***

**Formas aceptables de prueba incluyen uno de los siguientes:**

- Primera página (1<sup>st</sup>) de su declaración de impuestos
- Departamento de niños y familias carta
- Mínimo de dos (2 talones de cheques de pago)
- Verificación de ingresos de la seguridad social
- Declaración de pensión de jubilación
- Verificación de ingresos de compensación por desempleo

### Sección 3: Verificación médica

**Este formulario debe completarse por un profesional médico si usted está solicitando servicio de respuesta de demanda de transporte desfavorecidos (TD) debido a una condición física o cognitiva médicamente comprobada, deterioro o discapacidad.**

Se aceptan profesionales médicos incluyen:

Doctor en medicina	Audiólogo	Enfermera registrada
Doctor en medicina osteopática	Oftalmólogo	Terapista físico
Doctor en Quiropráctica	Psicólogo	Enfermería
Terapeuta ocupacional	Asistente médico (PA)	Avanzada enfermera registrada (ARNP)

#### Estimado profesional médico:

**Para procesar la solicitud de la demandante para la elegibilidad de servicio de transporte del área de la bahía, se requiere completar este formulario. Sólo profesionales médicos con licencia teniendo conocimiento de la capacidad funcional de la solicitante para utilizar el servicio de transporte de la zona de Bahía deben completar este formulario. Bahía de área de transporte es la acera a acera servicio de respuesta a la demanda y Bay Town Trolley es el servicio de autobús de ruta fija.**

**Todos nuestros vehículos son sillón de ruedas accesible y están equipada con ascensores para sillas de ruedas/rampas. Por lo tanto, uso de una silla de ruedas no hace automáticamente que un solicitante elegible para usar el servicio de transporte de la zona de Bahía. Operadores de carretilla de la ciudad de Bahía o sistemas automáticos de anuncian grandes calles, intersecciones y los puntos de interés.**

**Gracias por su ayuda.**

Nombre de los solicitantes:

Fecha de nacimiento:

A. ¿esta persona se le ha diagnosticado una cognitiva, mental, físico, u otra discapacidad de prevención de uso de carretilla del ciudad de Bahía fija servicio de autobús de la ruta?  Si  No

En caso afirmativo, explique cómo la incapacidad/discapacidad impide al solicitante utilizar Bay Town Trolley:

B. ¿esta persona requiere un asistente de Cuidado Personal (PCA) durante el viaje o al llegar a su destino?  Si  No

Un PCA es alguien designado o empleado específicamente para ayudar a la persona elegible a satisfacer sus necesidades personales. Esto puede ser un empleado del jinete elegible, un pariente, un amigo o un proveedor de cuidado.

C. es la incapacidad  Permanente  Temporal Si es temporal, ¿cuánto?

D. por favor, describa detalladamente, cualquier otra condición médica que esta persona tiene en este momento, incluyendo cualquier restricciones, limitaciones, pronóstico y gravedad.

E. es la condición  Permanente  Temporal Si es temporal, ¿cuánto?

F. el es esta persona capaz de:

Contestar no a cualquiera de estas preguntas puede resultar en el solicitante que tiene un PCA atender sus necesidades durante el transporte.

- ¿Comunicar números de teléfono, direcciones y destinos?  Si  No
- ¿Tiempo de lectura o monitor?  Si  No
- Pedir, entender y seguir instrucciones?  Si  No
- ¿Afrontar situaciones inesperadas o cambios en la rutina?  Si  No
- ¿Segura y eficazmente recorrer instalaciones atestadas o complejo?  Si  No
- ¿Puertas abiertas a las instalaciones?  Si  No
- ¿Vaya a un consultorio médico en un centro de niveles múltiples?  Si  No

### Profesional médico – información

Profesional médico nombre y título:

Número de licencia del estado de la Florida:

Correo electrónico:

Domicilio:

Suite #:

Bldg #:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

### Certificación médica

En la firma, reconozco que, a lo mejor de mi conocimiento, la información en esta forma de evaluación es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar falsa o engañosa información podría resultar en el nuevo examen de la condición de elegibilidad del solicitante así como acusación en la máxima medida permitida por las leyes del estado de la Florida.

Profesional

médico

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_