



Aplicación de Elegibilidad para Servicio de Paratransit

POR FAVOR REGRESE la APLICACION COMPLETA A:

**Palm Tran CONNECTION
Community Transportation Coordinator
3044 South Military Trail, Suite D
Lake Worth, Florida 33463**

**561-649-9838 opción 9
1-877-870-9849 Fuera de área local
561-649-0685 FAX 561-649-0683 TDD**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA APLICACIÓN: Por favor, complete la Parte(s) apropiada de esta aplicación dependiendo de que programa tiene derecho a participar. Si usted no completa la Parte(s) apropiadas, nosotros no consideraremos su elegibilidad para ese programa. Si usted completa dos o más partes, puede ser elegible para múltiples programas.

A pesar de la preferencia del programa, la parte 1 debe ser completada en su totalidad.

Part 1: Información General del Solicitante

Part 2: Certificación de Solicitante

Part 3: Comprobación de Ingresos

Part 4: Comprobación de Edad

Part 5: Comprobación de la Incapacidad

Transportation Disadvantaged Program

Division of Senior Services Program

Americans with Disabilities Program

Por el Acta de Americanos con incapacidades (ADA), Paratransit complementario no es un sistema completo del transporte para individuos con incapacidades.

La aplicación completa será revisada en el plazo de 21 días después de recibida por Palm Tran CONNECTION y se determinara la elegibilidad del solicitante para recibir el servicio. Si la decisión no es tomada dentro de los 21 días de haber recibido la aplicación (completa), el solicitante será tratado como elegible y se le proporcionara el servicio al menos que PTC, niegue la aplicación. La aplicación que es negada tiene derecho de apelar sobre esa decisión.- Favor de contactar al departamento de Elegibilidad si tiene preguntas adicionales.

La información de esta aplicación será utilizada por Palm Tran Connection para proveer servicios de transporte. La información estará disponible a otros proveedores del transito cuando sea necesario para servicios apropiados únicamente de transporte. La información no estará disponible a ninguna otra persona y/o agencia.

LAS APLICACIONES SON PROCESADAS EN LA ORDEN EN QUE SON RECIBIDAS

Rev June 2009

Part 1 General Rider Information

Información General del Solicitante

Please Print *Por favor imprente*

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____
Apellido Primer Nombre

Street Address: _____ Apt#: _____ Bldg#: _____
Dirección de la calle # de Apartamento # de Edificio

Building/Complex or Development Name: _____
(or closest cross street/major intersection) *Nombre de complejo o cruce de calles más cercana*

City: _____ State: _____ Zip: _____
Ciudad Estado Codico Postal

Telephone: _____ Date of Birth: _____
Teléfono Fecha de Nacimiento

In case of emergency, please notify:

Contacto de emergencia

Contact Name/Relationship/Address <i>Nombre/relación/dirección del contacto</i>	Contact Phone Number <i>Número de teléfono del contacto</i>

A. Please indicate below if you use any of the following mobility aids or equipment (check all that apply)

Indique el equipo(s) de movilidad que utiliza (verifica todo lo que aplica)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cane / Bastón | <input type="checkbox"/> Walker / Caminador |
| <input type="checkbox"/> Crutches / Muletas | <input type="checkbox"/> Manual Wheelchair / Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Leg Braces / Refuerzos de pierna | <input type="checkbox"/> Powered Wheelchair / Silla de ruedas mecánica |
| <input type="checkbox"/> Oxygen / Oxígeno | <input type="checkbox"/> Powered Scooter/Cart / Carro accionado |
| <input type="checkbox"/> Service Animal / Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> White Cane (blind) / Baston blanco de ciego |
| <input type="checkbox"/> Sighted (person) Guide / Guía personal | <input type="checkbox"/> Portable Medical Equipment (oxygen tank, etc.)
<i>Equipo medico portátil (Tanque de oxígeno etc)</i> |
| <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____
<i>Algun otro (por favor especifica)</i> | |
| <input type="checkbox"/> I don't use any of the above mobility aids or equipment
<i>No utilizo ningun equipo de ayudas de movilidad de la lista de encima</i> | |

Note: *We may not be able to accommodate you if your wheelchair/scooter is longer than 48 inches or wider than 30 inches or if your total weight when occupying your wheelchair exceeds 600 pounds.*

Nota: *Es posible que no podamos acomodarle si su sillón de rueda/carro accionado es más de 48 pulgadas de larga ó más de 30 pulgadas de ancha, ni si el peso total al ocupar estos excede 600 libras.*

Part 1 (continuación)

Información General del Jinete

B. ¿Requiere usted la ayuda de un Asistente Personal del Cuidado (PCA) (alguien quién debe viajar con usted para ayudarlo con funciones de vida cotidiana)? *Por favor note que nosotros le podemos requerir a viajar con un PCA si su condición o la incapacidad son severas.*

Si

No

C. ¿Usted necesita tener la información dada en un formato alternativo? Si sí, por favor indica:

Impresión grande

Audiofrecuencia CD/Grabacion

Escritura en relieve

Algun otro (por favor especifique) _____

Part 2

Certificación de solicitante - Firma del Solicitante

Comprendo que la información contenida en esta aplicación es confidencial, compartida solo con profesionales implicados en elegibilidad para proveer los servicios de transporte. La información estará a disposición de otros proveedores del transito como sea necesario para que el servicio sea apropiado. La información es confidencial no será divulgada a otra persona y/o agencia.-

Certifico que la información es proporcionada es verdadera.

Firma de Solicitante: _____ Fecha: _____

Si alguien le ayudó a completar esta forma, por favor proporcionar la información del contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

En Caso de una Evacuación:

¿En caso de una orden obligatoria de evacuación publicada por la Gestión de Emergencia del Condado de Palm Beach debido a un Huracán o Inundación, necesitaría usted el transporte a un refugio?

Si

No

Para registrarse para la Unidad de Cuidado Especial, por favor contacte las Operaciones de Urgencia del Condado de Palm Beach al (561) 712-6400.

Part 3

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Ingresos

A. Para solicitar matriculación en el programa de Transporte de Desventaja (TD), por favor complete lo siguiente:

Ingresos mensuales \$ _____

Por favor suministre las pruebas de sus ingresos en su totalidad, antes de los impuestos, incluya sueldos, propinas, ingresos de Seguro Social, jubilaciones y otros.-

Las formas aceptables de la prueba incluyen;

- Primera página de su declaraciones de impuestos
- El mínimo de (2) dos comprobantes de salario
- Comprobación de ingresos de Seguro Social - TPQY y SEQY

(Su aplicación para la subvención del precio sera considerada incompleta si usted no proporciona la documentación apropiada)

Para qualificar para el servicio de subvención de TD, sus ingresos deben estar en o debajo de las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza.

Part 4

La Certificación de la aplicación – Comprobación de la Edad

Para solicitar el Servicio para la División de Programas de Mayores, por favor completa lo siguiente:

A. Por favor, proporcione la prueba de la edad. Los documentos aceptados incluyen:

- License de Conducir
- Certificado de Nacimiento
- Pasaporte
- Tarjeta de Identificación de la Florida

B. ¿Tiene usted un impedimento físico o mental que limite sustancialmente uno o más de las actividades principales de la vida?*

- Si
- No

Si es así, por favor especifica la naturaleza del deterioro:

- Incapacidad física
- Enfermedad Mental
- Incapacidad Visual/Ciego
- Incapacidad de Desarrollo
- Otra Incapacidad _____

**La pregunta es requerida, pero no es utilizada en la determinación de elegibilidad.*

Part 5

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Incapacidad

¿Tiene usted un impedimento físico o mental que limite sustancialmente uno o más de las actividades principales de la vida?*

Si

No

Si es así, por favor especificar la naturaleza del deterioro:

Incapacidad física

Enfermedad Mental

Incapacidad Visual/Ciego

Incapacidad de Desarrollo

Otra Incapacidad _____

A. Para solicitar el Programa del Acto de Americanos Incapacitados, por favor, completa lo siguiente:

Por favor, indique debajo las razones por qué usted busca la elegibilidad de el service de puerta a puerta (verifica todo que aplica)

Para calificar por Palm Tran CONNECTION una persona NO debe poder utilizar autobuses de la ruta-fijó de Palm Tran debido a un condición relacionada a deterioro físico o mental.

A causa de mi incapacidad, yo nunca puedo utilizar el servicio de autobuses de la ruta-fijó de Palm Tran

Puedo utilizar autobuses de ruta-fijó de Palm Tran a veces, pero solo si ellos son equipados con ascensores de silla de ruedas

Puedo utilizar autobuses de ruta-fijó de Palm Tran para ir algunos lugares, pero en otros lugares yo no puedo llegar a las paradas de los autobuses

B. ¿Qué tipo (los tipos) de incapacidades le previene de utilizar autobuses de Palm Tran? (Verifique todo que aplica) :

Incapacidad física

Enfermedad Mental

Incapacidad Visual/Ciego

Incapacidad de Desarrollo

Ninguno

Otra Incapacidad _____

Por favor, describa su incapacidad en más detalle: _____

C. ¿Es la incapacidad descrita arriba temporario o permanente?

Temporario, espero que dure por otros _____ meses

Permanente

No se

D. ¿Usted ha utilizado el servicio de autobuses de la ruta-fija de Palm Tran?

Sí, utilizo los recorridos del autobús siguientes _____

No

**La pregunta es requerida, pero no es utilizada en la determinación de elegibilidad.*

Part 5 (continuado)

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Incapacidad

E. ¿Cuándo usted no puede utilizar el autobús de la ruta-fija de Palm Tran? (Por favor, indica abajo todo que aplique a usted)

- Puedo utilizar Palm Tran, el servicio de autobuses, regularmente para algunos viajes, pero otros tiempos hay barreras que me previenen de utilizar el autobús.
- Tengo dificultad de comprensión, me desoriento fácilmente y/o no me recuerdo todas las cosas que tendría que hacer para utilizar el autobús.
- Yo sólo puedo llegar a las paradas de autobus si la distancia no es demasiado grande y si hay rampas de acceso a aceras en el camino.
- Yo sólo puedo esperar en las paradas de autobús de Palm Tran si hay un banco o refugio y/o no tengo que cruzar las calles o los cruces muy ocupados.
- La severidad de mi incapacidad puede cambiar día a día. Puedo utilizar el autobús sólo cuando yo me siento bien.
- Tengo dificultad o no puedo subir escaleras y sólo puede subirme en un autobús de Palm Tran si tiene un ascensor o rampa.
- Tengo una condición de salud y no puedo utilizar el autobús si la caminata está demasiado lejos, ni si el tiempo está demasiado caliente.

F. ¿Cual del siguientes lo ayudaria a utilizar los autobuses de la ruta-fijo?

- Información de horario y rutas
- Paradaas mas cerca a mi hogar
- Una ayuda de comunicación
- Paradaas mas cerca a mi hogar y donde necesito ir
- Ninguna de éstas cosas ayudarían
- Entrenamiento como utilizar los autobúses

G. ¿Usted puede preguntar y seguir las instrucciones escritas o verbales para utilizar los autobuses de las ruta-fijas de Palm Tran?

Si

No

A veces

Si usted escogió NO o A Veces, por favor cheque todo que le aplique

- Me confundo y quizás me pierda
- Probablemente pueda con instrucción
- Otras personas no me pueden comprender
- Otro: _____

Part 5 – (continuado)

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Incapacidad

H. ¿Sin la ayuda de otra persona, puede usted hacer lo siguiente? (verifique todo que Appliqué)

- Subir y bajar tres escalones si hay barandillas en ambos lados
- Utilizar un teléfono para conseguir información
- Pedir y seguir instrucciones escritas o orales
- Cruzar la calle si hay cortes de acera
- Subir y bajar un autobús de Palm Tran si tiene un ascensor de silla de ruedas
- Esperar 30 minutos en una parada de autobús que no tiene un banco o refugio
- Oír fácilmente las voces de los conductores de autobús's cuando ellos anuncian los Recorridos, mientras este parado afuera o adentro del autobús
- Subir y bajar una acera que no tiene cortes
- Cruzar calles y intersecciones
- Oír el tráfico bien para cruzar las calles sin peligro
- Ver suficiente para poder caminar a una parada de autobús si alguien le muestra la manera una vez

I. ¿Utilizando una ayuda de la movilidad (silla de ruedas, etc.) o en sus propio medios, que lejos puede caminar o viajar?

- Yo no puedo caminar fuera de mi casa/apartamento
- Yo no puedo llegar a la acera en frente de mi casa/apartamento
- Yo si puedo caminar o utilizar mi silla de ruedas hasta 3 bloques
- Yo si puedo caminar o utilizar mi silla de ruedas hasta 6 bloques
- Yo si puedo caminar o utilizar mi silla de ruedas hasta 9 bloques

J. ¿PUEDE usted ESPERAR hasta 30 minutos para el autobús de la ruta-fija de Palm Tran en una parada de autobús?

- Si
- Si, pero solo si tiene un banco y refugio
- Si, pero no quiero esperar tanto tiempo
- No, explique: _____

Si esta solicitando por el service para Americanos Incapacitados (ADA) o el programa de Transporte de Desventaja (TD), su MEDICO tiene que completar la siguiente página (MEDICAL VERIFICATION FORM)

MEDICAL VERIFICATION FORM

Applicant Please Print Your Information Only:

Solicitante, por favor imprime su nombre:

LAST NAME: _____
APPELLIDO

FIRST NAME: _____
NOMBRE

TO BE COMPLETED AND SIGNED BY A LICENSED PHYSICIAN

Dear Health Care Professional:

You are being asked by the applicant to provide information regarding his/her ability to use Palm Tran fixed-route bus service. Federal Law requires that Palm Tran provide Paratransit service to persons who cannot use fixed-route transit services due to a disability. The information you provide will allow us to evaluate this request and its application to specific trip requests. Your verification should consider only the presence of a disabling condition, not the applicant's age or economic status. Please exercise care in evaluating applicants for this program.

All Palm Tran fixed-route buses are accessible to wheelchairs and other mobility aids.

To qualify for Palm Tran CONNECTION door to door service, a person must be unable to use Palm Tran fixed-route bus service due to a physical (including visual) or mental impairment related condition.

Individuals may qualify if:

As a result of their disability, they are unable to board, ride, or disembark from a lift-equipped transit vehicle without the assistance of another person (excluding the operator of a wheelchair lift or other boarding assistance device) and/or they have a specific impairment-related condition which prevents them from learning to navigate the transit system. **(Please list conditions and how these conditions prevent the applicant from using Palm Tran fixed-route bus service)** _____

The individual has a disability that may limit their ability to use the Palm Tran fixed-route bus service on an ongoing basis. Their condition changes from day to day and they may sometimes be able to use the bus. **(Please list conditions and how they prevent the applicant from using the bus on an ongoing basis)** _____

Signature: _____ **Date:** _____

Print Name and Title: _____

State of Florida License#: _____

Business Address: _____

City, State, Zip: _____ **Telephone#:** _____





3044 South Military Trail
Suite D
Lake Worth, Florida 33463



**Palm Beach County
Board of County Commissioners**

Jeff Koons, Chairperson
Burt Aaronson, Vice Chairman
Karen T. Marcus
Shelley Vana
Jess R. Santamaria
Addie L. Greene

County Administrator
Robert Weisman

