

Desventaja del transporte (TD)

Viaje compartido

Paquete de solicitud

## Transporte público del condado de Volusiavantage (TD)

### Elegibilidad

Transporte en desventaja se define como aquellas personas que debido a una discapacidad física o mental, estado de ingresos o edad no pueden transportarse por sí mismos o comprar transporte y, por lo tanto, dependen de otros para obtener acceso a atención médica, empleo, educación, compras, servicios sociales. actividades u otras actividades de soporte vital o niños discapacitados o de alto riesgo o en riesgo como se define en s. 411.202, Estatutos de Florida”.

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

* Ingreso mensual total individual $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Adjunte prueba de su ingreso total antes de impuestos, incluidos salarios, propinas, cualquier ingreso del Seguro Social, pensión y otros ingresos. Las formas aceptables de verificación de ingresos incluyen cualquiera de las siguientes:
* Mínimo de 2 recibos de pago más recientes
* Carta de beneficios en efectivo/manutención infantil del DCF
* Verificación de ingresos de compensación por desempleo
* Carta de prueba de ingresos del Seguro Social (SSA / SSI / SSDI)
* Declaración de jubilación/pensión (incluido VA)
* Primera página de su declaración de impuestos más reciente
* Otro (especifique)Total Individual Monthly Income $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \*No se aceptará una Autodeclaración como prueba de falta de ingresos. Si tiene un ingreso de $0.00 y vive en una casa o apartamento, indique cómo se pagan el alquiler/los servicios públicos (esto incluye el saldo restante después del subsidio de alquiler).
* Es posible que se requiera documentación adicional para respaldar los ingresos individuales.

**Pasos en el proceso de elegibilidad**

1. Solicitar/recibir un paquete de solicitud

2. Lea la guía de elegibilidad

3. Complete TODAS las preguntas de la solicitud TD

4. Envíe su Formulario de Verificación Profesional si así lo requiere. Este formulario

 debe ser completamente llenado y firmado por uno de los profesionales que figuran en

 el formulario.

5. Envíe su solicitud por correo o fax:

• Correo: Votran

 950 Big Tree Road,

 South Daytona FL, 32119

•Fax: (386) 322-5119

Su elegibilidad se determinará dentro de los 21 días a partir de la fecha en que

COMPLETA la solicitud es recibida por la Oficina de Votran.

### CADA PREGUNTA DEBE SER RESPONDIDA.

### UNA SOLICITUD INCOMPLETA SERÁ DEVUELTA Y SE DEMORARÁ

### PROCESANDO.

### Todas las solicitudes son confidenciales.

### Application for TD Eligibility Certification

*Esta solicitud debe completarse en su totalidad para poder ser procesada..*

**

Nuevo Solicitud

#### Información del aplicante

 Recertificación

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento: Date: / /

Residencial: Apt#:

Ciudad: Estado: Codigo Postal:

Direccio postal si es diferente de aantrior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono: Correo Electronico

Información de la persona de contacto de emergencia

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono (diurno)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

Teléfono (nocturno):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea el Solicitante, complete lo siguiente:

Normbre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son para ayudarnos a determinar su elegibilidad.

1. Cuál es su medio de transporte actual? Por favor, marque todo lo que se aplica a usted

 \_\_\_\_Dispositivo de movilidad para caminar\_\_\_\_ Bicicleta

 \_\_\_\_ Conducir un vehiculo \_\_\_\_ Viajar en el vehiculo de alguien

 \_\_\_\_ Taxi/Compartidos \_\_\_\_ Otro

1. Puede utilizer el sistema de rutas fijas de Votran ahora? \_\_\_\_Si \_\_\_\_ No
2. Podrías usar el sistema de autobuses si pudieras llegar a una parada? \_\_\_Si \_\_\_\_ No

En caso no, explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Según el lugar donde vives, ¿dónde está disponible la parada de autobús más cercana? (Para ver las paradas de autobús en la Ruta, visite nuestro sitio website at ([www.votran.org](http://www.votran.org))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. En otros lugares en los que pudo haber vivido, ¿usó su sistema público de autobuses o trenes

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace y con qué frecuencia usa o usa ese sistema?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Explique por qué actualmente puede o no puede utilizar el sistema de ruta fija de Votran.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Es su condicios: \_\_\_\_ Temporal \_\_\_\_ Permanente
2. ¿Cuándo comenzó su afección?

 \_\_\_\_0-1 ano \_\_\_\_ 1-5 anos

 \_\_\_\_mas de 5 anos \_\_\_\_ Nacimiento

1. ¿Su condición requiere el uso de lo siguiente (seleccione todos los que correspondan)

 \_\_\_\_Baston \_\_\_\_ Silla de ruedas (manual)

 \_\_\_\_ Baston blanco \_\_\_\_ Silla de ruedas (reclinable)

 \_\_\_\_ Andador (plegable) \_\_\_\_ Silla eléctrica

 \_\_\_\_ Andador (con asiento) \_\_\_\_ Scooter

 \_\_\_\_\_\_\_\_muletas \_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna

 \_\_\_\_ \_\_\_\_ Prótesis \_\_\_\_ Bota Charcot

 \_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna \_\_\_\_ audífono

 \_\_\_\_ oxígeno \_\_\_\_ Otro dispositivo

 Describa "Otro dispositivo" si está seleccionado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Su afección requiere que viaje con equipo médico portátil?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Puede caminar con un dispositivo de movilidad?

 \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

1. ¿Cuál de las siguientes acciones puede hacer por su cuenta o con la ayuda de un dispositivo de movilidad (marque todas las que correspondan)?

 \_\_\_\_ Entrar y salir de un vehículo

 \_\_\_\_ Entender los horarios de los autobuses

 \_\_\_\_ Comprender los horarios de los autobuses

 \_\_\_\_ Sujete las manijas para subir o bajar de un vehículo

 usando escalones,rampas o un elevador

 \_\_\_\_ Subir y bajar en un bordillo

 \_\_\_\_ Subir yo bajar 3 o 4 escalones

1. ¿Qué tan lejos puede llegar en terreno llano con el uso de su dispositivo de ayuda para la movilidad, si usa alguno?

 \_\_\_\_1-2 bloques \_\_\_\_ 3 or mas bloques

 \_\_\_\_ emnos que un bloque \_\_\_\_ Desconocio

1. ¿Se pueden subir y bajar escalones en un autobús de ruta fija?

 \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

1. Infórmenos sobre cualquier barrera que pueda impedirle usar Votran y si esas barreras son temporales o permanentes. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Habilidades que usan los autobuses (marque todas las que correspondan)

\_\_\_\_ Puedo ir y venir de una parada de autobús si la distancia no es lejos.

 \_\_\_\_ Mi capacidad para usar el Sistema de Autobuses puede cambiar de un día

 a otro.

\_\_\_\_ Puedo ir y venir de las paradas de autobús solo si hay rampas en las aceras y

 nivel aceras.

\_\_\_\_ Tengo dificultad para entender o recordar todas las cosas para usar un

 Sistema de autobuses.

\_\_\_\_ Tengo dificultades para recordar la información necesaria para viajar sola.

1. ¿Su condición requiere que viaje con un animal de servicio? (Los animales de apoyo emocional o de consuelo no se consideran animales de servicio según la TD).

 \_\_\_\_Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A veces

1. Si a veces, Explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Para qué está entrenado su animal de servicio?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Su condición requiere que viaje con un asistente de cuidado personal (PCA)?

\_\_\_\_Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A veces

En caso afirmativo o a veces, explique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Si su condición le impide usar el sistema de autobuses Votran, ¿puede ser verificada por escrito por un profesional de la salud (consulte el formulario de verificación para obtener la lista de personas aprobadas que pueden completarlo)?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

1. ¿Tiene Medicaid? Si \_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Cuál es su número de Medicaid 10 digitos?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certificación del solicitante**

I,

(Imprimir nombre)

## Certificar que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. El propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para usar los Servicios de Paratránsito de la TD, o si a veces puedo viajar en el Autobús de Ruta Fija Votran. Entiendo que cualquier falsificación de información en este formulario puede llevar a la descalificación de la elegibilidad.

Firma Fecha

# FIN DE LA APLICACIÓN

#### OFFICE USE ONLY

**Received Date: / / Status:**

**Approved Date: / / Denied Date: / /**

**Reviewed Date: / /**

**If denied reason:**

**Solicitantet:**

Por favor, haga que un profesional complete este formulario antes de enviar su solicitud a Votran. Cualquiera de los siguientes profesionales que se enumeran a continuación puede completar y firmar este formulario de Verificación Profesional:

Autorizacion que debe ser completado por el solicitante

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_autorizar al profesional que realiza el

(Nombre en letra de imprenta del solicitante)

Formulario de verificación profesional para divulgar a Votran cualquier información médica protegida sobre mi discapacidad/condición de salud con el fin de verificar mi elegibilidad para el servicio de paratránsito de la TD service.

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

Al Profesional: Por favor, compruebe su título profesional

 \_\_\_\_ Médico \_\_\_\_ Asistente Médico

\_\_\_\_ Psiquiatra \_\_\_\_ Especialista en Movilidad

 \_\_\_\_ Quiropráctico \_\_\_\_ Enfermera Registrada

 \_\_\_\_ Fisioterapeuta \_\_\_Otro

Saludos,

Este es el Formulario de Verificación Profesional para Votran Transit, Servicio de Desventaja de Transporte (TD). Las regulaciones de TD establecen que las personas son elegibles para el servicio de Paratránsito, si sus puntos de recogida y entrega están en la zona de amortiguamiento de 3/4 de milla y tienen una condición que les impide usar de forma independiente el Servicio de Autobús de Ruta Fija de Votran. La elegibilidad para el paratránsito no se basa en la falta de conocimiento de la persona sobre el servicio de autobús, la distancia del servicio de autobús, la capacidad para conducir, el idioma habilidad, o edad. La información que proporcione ayudará a determinar bajo qué circunstancias este solicitante puede ser elegible para el Servicio de Paratránsito de Votran TD.

1. Nombre:
2. Fecha de nacimiento:
3. Calidad en a que conoce al solicitante:
4. La última fecha de contacto cara a cara con este solicitante fue el:
5. Describa la condición que puede impedir que el solicitante utilice de forma independiente el sistema Votran Bus:
6. ¿La condición impediría al solicitante utilizar la ruta de autobús de Votran

parte o todo el tiempo? Explique.

1. La condicion es:

\_\_\_\_\_ Temporal

\_\_\_\_\_ Permanente

1. Si es temporal, ¿cuánto tiempo anticiparía que durará la afección ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### ¿Tiene el solicitante la capacidad mental, visual y/o auditiva para:

* + Pida comprenda y siga instrucciones? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
	+ Transfiera de manera segura / efectiva a otro autobús si es necesaria??

 \_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

* + Hay algún otro problema de movilidad que Votran deba tener en cuenta? explicar:

#### Puede el solicitante completar lo siguiente por su cuenta o con la ayuda de un dispositivo de movilidad?

* + Viaje menos de una cuadra (aprox. 200ft)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
	+ Subir y bajar de un bordillo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

* + Agarrar un pasamanos? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

1. Su condición requiere el uso de lo siguiente (seleccione todos los que correspondan)

\_\_\_\_Bastón \_\_\_\_ Silla de ruedas (manual)

\_\_\_\_ Bastón blanco \_\_\_\_ Silla de ruedas (reclinable)

\_\_\_\_ Andador (plegable) \_\_\_\_ Silla eléctrica

\_\_\_\_ Andador (con asiento) \_\_\_\_ Scooter

\_\_\_\_muletas \_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna

\_\_\_\_ Prótesis \_\_\_\_ Bota Charcot

\_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna \_\_\_\_ Auxiliar auditivo

\_\_\_\_ oxígeno \_\_\_\_ Otro dispositivo

 Describa "Otro dispositivo" si está seleccionado:

1. ¿Necesita el solicitante un asistente de cuidado personal (PCA) para viajar? explicar:
2. Hay algún otro comentario que le gustaría incluir sobre el solicitante con respecto a su condición?

*Yo, certifico bajo pena de perjurio que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta..*

Nombre: Posicions/Titulo:

Firma: Fecha / /

Nombre de la organización/oficina :

Resodencia:

Telefona: correro electronico:

**Instrucciones para enviar este formulario**:

Si el solicitante le pide que le devuelva este formulario, devuélvalo al applicant.in un sobre oficial sellado. También puede enviar el formulario a través de los siguientes métodos.

**Mail: Attn: Eligibility Department**

Votran 950 Big Tree Road, South Daytona,

FL 32119

**Fax: Eligibility Department**

(386) 322-5119

INFORMACIÓN DE VIAJE ACTUAL

¿Cuántos vehículos personales son propiedad o son utilizados por los miembros de su hogar??

 0 1 2 3 or mas

¿Están disponibles para su uso? Si No

Si tiene un vehículo y un conductor en su hogar, no es elegible para el servicio Votran Gold TD. Si el vehículo o el conductor no están disponibles debido al trabajo, la escuela, etc., la Comisión para los Desfavorecidos del Transporte requiere un horario de vehículo/trabajo en papel membretado de la empresa o escuela con su solicitud o una declaración notariada de por qué el vehículo no se puede usar para transportar al solicitante.

SECCIÓN 6.

Enumera tres de tus destinos más frecuentes y cómo llegar a ellos ahora.

1. ¿A dónde vas?? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo se llega allí ahora? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿A dónde vas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como llegas alli? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. A donde vas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como llegas alli? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene seguro de Medicaid? Si No

Número de Medicaid, si corresponde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene una exención de Medicaid para algún viaje? Si No

Por favor, explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_