

Transportation Disadvantaged (TD) Eligibility- Solicitud de Transporte para Personas en Desventaja (TD)- Elegibilidad



Solicitud de Transporte para Personas en Desventaja (TD) Viajes Compartido

Paquete de aplicación **Transporte Público del Condado de Volusia**

Elegibilidad

El Programa de Transporte para Personas en Desventaja (TD) está disponible para las personas que viven fuera de la zona de 3/4 de milla alrededor de una rute de autobús de ruta fija y cumplen los siguientes requisitos:

- No tiene otro medio de transporte disponible (requerido)
- No tiene otro programa o financiamiento disponible (requerido)
- Y cualquiera de los siguientes:
- Tiene una discapacidad física o mental
- Su estado de ingreso familiar es igual o menor al 200% del nivel federal de pobreza

Pasos en el proceso de elegibilidad

1. Solicitar/recibir un paquete de aplicación
2. Leer el guía de elegibilidad.
3. Completar TODAS las preguntas de la solicitud TD
4. Presenta tu Formulario de Verificación (Profesional) si es necesario. Este formulario debe estar completamente relleno y firmado por uno de los

Transportation Disadvantaged (TD) Eligibility- Solicitud de Transporte para Personas en Desventaja (TD)- Elegibilidad

profesionales que aparecen en el formulario.

5. Envía tu solicitud por correo o correo electrónico:

- **Por Correo:** VoTran
950 g Tree Road, sur de Daytona FL, 32119
- **Correo electrónico:** votrancustomerservice@ratpdev.com
- **Online:** <https://www.votran.org/special-services/gold-service.stml>

La determinación de tu elegibilidad se realizará dentro de 21 días después de recibir tu solicitud completa.

La solicitud también está disponible en la oficina de VoTran.

Transportation Disadvantaged (TD) Eligibility- Solicitud de Transporte para Personas en Desventaja (TD)- Elegibilidad

INFORMACIÓN ACTUAL DE VIAJE:

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

0 1 2 3 o más

¿Están disponibles para su uso? Sí No

Si tienes un vehículo y un conductor en tu hogar, no eres elegible para el servicio VoAccess TD. Si el vehículo o el conductor no están disponibles por motivos de trabajo, escuela, etc., la Comisión de Transporte para Personas en Desventaja en el Transporte exige un horario de vehículo/trabajo con el nombre de la empresa o del colegio junto con tu solicitud o una declaración notariada que explique por qué el vehículo no puede usarse para transportar al solicitante.

Nombra tres de tus destinos más frecuentes y cómo llegas ahora.

1. ¿A dónde vas? _____

Dirección: _____

¿Cómo se llega ahora? _____

2. ¿A dónde vas? _____

Dirección: _____

¿Cómo se llega ahora? _____

3. ¿A dónde vas? _____

Dirección: _____

¿Cómo se llega ahora? _____

4. ¿Tienes seguro de Medicaid? Sí No

Número de Medicaid si procede: _____

5. ¿Tienes exención de Medicaid para cualquier viaje? Sí No

Por favor, explique _____

6. Si asistes a un colegio público o privado, ¿tu centro ofrece transporte? Sí No

Si no, por favor explícalos _____

Transportation Disadvantaged (TD) Eligibility- Solicitud de Transporte para Personas en Desventaja (TD)- Elegibilidad

**CADA PREGUNTA DEBE SER RESPONDIDA.
SE DEVOLVERÁ UNA SOLICITUD INCOMPLETA Y SE RETRASARÁ
PROCESANDO. *Todas las solicitudes son confidenciales.***

Solicitud para la certificación de elegibilidad TD

Esta solicitud debe rellenarse completamente para poder ser procesada.

Nuevo
solicitante

Recertificación

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / /

Residencial

Dirección de la calle: _____ Apt#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Dirección postal si es diferente a la anterior: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SS#: _____

Información sobre el encargado/ayudante personal (si procede):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Información de la persona de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (diurno): _____ Teléfono (noche): _____

Transportation Disadvantaged (TD) Eligibility- Solicitud de Transporte para Personas en Desventaja (TD)- Elegibilidad

Información del hogar:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Relación: _____

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

- Ingresos Mensuales Total del Hogar \$ _____
- Por favor, incluya una prueba de los ingresos totales de su hogar antes de impuestos, incluyendo salarios, propinas, cualquier ingreso de la Seguridad Social, pensión y otros ingresos. Las formas aceptables de verificación de ingresos incluyen cualquiera de las siguientes:
 - Mínimo 2 recibos/prueba de los más recientes cheque de ingreso
 - Carta de beneficios de ayuna monetaria/manutención infantil del DCF
 - Verificación de ingresos por compensación por desempleo
 - Carta de prueba de ingresos de la Seguridad Social (SSA / SSI / SSDI)
 - Estado de cuenta de jubilación/pensión (incluyendo VA)
 - Primera página de tu declaración de impuestos más reciente
 - Dos meses de información de sus cuentas bancarias
 - Otros (especificar)
 - *No se aceptará una autodeclaración como prueba de falta de ingresos. Si tienes ingresos de 0,00 \$ y vives en una casa o apartamento, por favor indica cómo se pagan tu alquiler y los servicios (esto incluye el saldo restante tras la subvención del alquiler)
- Puede ser necesaria documentación adicional para respaldar los ingresos individuales.
- Se puede realizar una búsqueda en la matrícula del vehículo y/o visitas domiciliarias para verificar la falta de transporte.

Las siguientes preguntas son para ayudarnos a determinar tu elegibilidad.

1. ¿Cuál es tu modo de transporte actual? Por favor, marca todo lo que te corresponde.

- Walk/Dispositivo de movilidad de la atracción Bicicleta
 Conducir un vehículo Viajar en el vehículo de alguien
 Taxi/Transporte Compartido Otros

2. ¿actualmente puedes usar el Sistema de (autobuses) Rutas Fijas de VoTran? Yes
 No

3. ¿Podrías usar el sistema de autobuses si pudieras llegar a una parada? Yes No

Si no, por favor explícame

4. Dependiendo de dónde vivas, ¿cuál es la parada de autobús más cercana disponible?
(Para ver las paradas de autobús en la ruta, por favor visite nuestra página web en
(www.votran.org))

5. En otros lugares donde as vivido, ¿usaste el sistema público de autobús, trolley o tren?

Sí No

Si es así, ¿hace cuánto tiempo y con qué frecuencia usaste ese sistema?

6. Por favor, explica por qué actualmente puedes o no puedes usar el sistema de (autobús) Rutas Fijas de VoTran.

7. ¿Tu condición? Temporal Permanente

8. ¿Cuándo empezó tu condición?

0-1 año Hace 1-5 años
 más de 5 años Nacimiento

9. ¿Tu condición requiere el uso de lo siguiente (por favor selecciona todo lo que se requiera)?

<input type="checkbox"/> Baston de apoyo	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas (manual)
<input type="checkbox"/> Bastón Blanco	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas (reclinable)
<input type="checkbox"/> Andador (plegable)	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica
<input type="checkbox"/> Caminante (con asiento)	<input type="checkbox"/> Scooter
<input type="checkbox"/> Crutches	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Bota Charcot
<input type="checkbox"/> Soporte de pierna	
<input type="checkbox"/> Audífono Ayudante(s) de audiencia	
<input type="checkbox"/> Dispositivo portátil de oxígeno	<input type="checkbox"/> Otro dispositivo

Por favor, describe "Otro dispositivo" si lo seleccionas:

10. ¿Tu condición requiere que viajes con equipo médico portátil?

_____ Sí _____ No

Si es así, por favor explícalos

11. ¿Puedes caminar con un dispositivo de movilidad?

_____ Sí _____ No

12. Por favor, indique cuál de las siguientes opciones puedes hacer por tu cuenta o con la ayuda de un dispositivo de movilidad (revisa todo lo que se aplica).

_____ Subir y bajar de un vehículo

_____ Subir o bajar de un vehículo

_____ Entiende los horarios de los autobuses

_____ Agarraderas para subir o bajar de un vehículo usando escaleras, rampa o ascensor

_____ Subir y bajar en una acera

_____ Subir o bajar 3 o 4 escaleras

13. ¿Hasta dónde puedes llegar en terreno llano usando tu ayuda de movilidad, si es que usas alguna?

_____ 1-2 bloques _____ 3 o más bloques _____

_____ Menos de 1 bloque

_____ Desconocido

14. ¿Se pueden subir y bajar escaleras en un autobús de ruta fija?

_____ Sí _____ No

15. Por favor, cuéntanos sobre cualquier obstáculo que pueda impedirte usar VoTran y si esos obstáculos son temporales o permanentes. _____

16. Habilidades funcionales usando los autobuses de ruta fija (elijá todo lo que aplica)

_____ Puedo ir y volver de una parada de autobús si la distancia no es muy larga.

_____ Mi capacidad para usar el Sistema de Autobús de Ruta Fija puede cambiar de un día a otro.

_____ Solo puedo ir y volver de las paradas de autobús si hay rampas en la acera y Están niveladas.

_____ Me cuesta entender o recordar todo lo necesario para usar un Fixed Sistema de Rutas de Autobuses.

_____ Tengo dificultad para recordar la información necesaria para viajar solo.

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

_____ Yes _____ No

_____ A veces

18. Si a veces, por favor explícalo.

¿Para qué está entrenado tu animal de asistencia para ayudarte?

19. ¿Tu condición requiere que viajes con un Asistente de Atención Personal (PCA)?

____ Yes ____ No ____ A veces

Si sí o a veces, por favor explícalo: _____

20. Si tu condición te impide utilizar el Sistema de Autobús de Ruta Fija VoTran, ¿puede ser verificado por escrito por un profesional sanitario (consulta el formulario de verificación para la lista de personas aprobadas que pueden rellenarlo)?

____ Sí ____ No

21. Si se considera elegible y eres un pasajero TD ambulatorio, podrías ser elegible para usar nuestro servicio Uber On Demand. Este servicio ofrece hasta dos viajes al día. Los trayectos deben ser de menos de 15 millas en cada sentido. No se permitirá personal cuidador. La tarifa del viaje es la misma que la tarifa de VoAccess. Si te interesa este programa, consulta aquí.

____ Sí ____ No

Certificación del solicitante

Yo, _____

(nombre)

certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa, según mi mejor conocimiento. El propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para utilizar los servicios TD, o si en ocasiones puedo usar el autobús de ruta fija VoTran. Entiendo que cualquier falsificación de información en este formulario puede conllevar la descalificación de elegibilidad.

Firma

Fecha

FIN DE LA SOLICITUD

SOLO USO DE OFICINA

Fecha de recepción: ____/____/____

Fecha de revisión: __/ __/ __

Estado:

Fecha de aprobación: ____/____/____
Fecha

de denegación: __/ __/ __

Si se le denega la razón: _____

Para el solicitante:

Por favor, haga que un profesional complete este formulario antes de enviar tu solicitud a VoTran. Cualquiera de los siguientes profesionales listados a continuación puede rellenar y firmar este formulario de Verificación

Profesional:

Autorización de liberación que debe completar el solicitante

Yo, _____ autorizo al profesional que complete el
(Nombre del solicitante)
formulario de verificación profesional para facilitar a VoTran cualquier información sanitaria protegida sobre mi discapacidad/condición de salud y así verificar mi elegibilidad para el servicio TD.

Firma: _____ Fecha:

Al Profesional: Por favor, revisa tu título profesional

____ Medico

____ Asistente médico

____ Psiquiatra

____ Especialista en movilidad

____ Quiropráctico

____ Enfermera Registrada

____ Fisioterapeuta

Otros _____

Saludos,

Este es el Formulario de Verificación Profesional para VoTran, Servicio de Desventaja en el Transporte (TD). Las regulaciones del TD establecen que las personas son elegibles para el servicio Paratransit si sus puntos o lugar de recogida y destino están fuera de la zona de 3/4 de milla que rodea el trayecto fijo y tienen una condición que les impide utilizar de forma independiente el Servicio de Autobús de Ruta Fija de VoTran. La elegibilidad de servicio paratransito **NO** se basa en la falta de conocimiento de la persona sobre el servicio de autobús, la distancia al servicio, la capacidad de conducir, el nivel de idioma, el tipo de transporte que se desea o la edad. La información que proporcione ayudará a determinar en qué circunstancias este solicitante puede ser elegible para el Servicio de Paratransito VoTran TD.

10. ¿Puede el solicitante completar lo siguiente por sí mismo o con la ayuda de un dispositivo de movilidad?

- ¿Viajar menos de una manzana (aprox. 200 pies)? _____ Sí _____ No
- ¿Subir y bajar de una acera? _____ Sí _____ No
- ¿Agarrar una barandilla? _____ Sí _____ No

11. ¿El solicitante utiliza algún dispositivo de movilidad? Por favor, revisa todo lo que se aplique.

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| _____ Bastón de apoyo | _____ Silla de ruedas (manual) |
| _____ Bastón Blanco | _____ Silla de ruedas (reclinable) |
| _____ Andador (plegable) | _____ Silla eléctrica |
| _____ Caminante (con asiento) | _____ Scooter |
| _____ Crutches | _____ Férulas de pierna |
| _____ Prótesis | _____ Bota Charcot |
| _____ Férulas de pierna | _____ Ayudante(s) de audiencia |
| _____ Dispositivo portátil de oxígeno | _____ Otro dispositivo |

Por favor, describe "Otro dispositivo" si lo seleccionas: _____

12. ¿El solicitante necesita un Asistente de Atención Personal (PCA) para viajar? Por favor, explícalo:

13. ¿Hay algún otro comentario que te gustaría incluir sobre el candidato en relación con su estado?

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

Nombre: _____ Posición/Título: _____

Firma: _____ Fecha: ___/___/___

Nombre de la organización/oficina: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Instrucciones para enviar este formulario:

Si el solicitante solicita que le devuelvas este formulario, por favor devuélvelo a la applicant.in un sobre oficial sellado. También puedes enviar el formulario por los siguientes métodos:

Correo: Atención: Departamento de Elegibilidad
VoTran 950 Big Tree Road, sur de Daytona,
FL 32119

Correo electrónico: Responsable de Atención al Cliente
Dawne.Weekley@ratpdev.com
O
votrancustomerservice@ratpdev.com

