



**TRÁNSITO DEL CONDADO DE CHARLOTTE**  
**SOLICITUD PARA TRANSPORTE EN DESVENTAJA**

**Vigente a partir del 1 de julio de 2017**

El Tránsito del Condado de Charlotte incluye el transporte ordenado por la Comisión de Florida para los Desfavorecidos del Transporte (TD). "Desfavorecidos en materia de transporte" significa "aquellas personas que debido a una discapacidad física o mental, a su nivel de ingresos o a su edad no pueden transportarse por sí mismas o comprar un medio de transporte y, por lo tanto, dependen de otros para lograr el acceso a la atención sanitaria, el empleo, la educación, las compras, las actividades sociales u otras actividades vitales, o estudiantes discapacitados o de alto riesgo o en situación de riesgo", tal y como se define en el art. 411.202 del E. F. 427.

Por favor, lea las calificaciones y directrices del programa TD que figuran a continuación. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda llame al 941-833-6240. Si en los 21 días siguientes a la presentación de la solicitud cumplimentada, el Tránsito del Condado de Charlotte no ha decidido de la elegibilidad, el/la solicitante será tratado como elegible y se le proporcionará el servicio hasta y a menos que Tránsito del Condado de Charlotte niegue la solicitud. Si se le deniega la elegibilidad para el TD y desea apelar la decisión, puede ponerse en contacto con nuestra oficina. La línea de ayuda del Defensor de las Personas con Desventajas de Transporte es: 1-(800)-983-2435.

**Subvención para el transporte de personas desfavorecidas: Requisitos y directrices:**

- Los lugares de origen y destino pueden ser cualquier parte del condado de Charlotte.
- No se dispone de otra financiación para pagar el viaje solicitado.
- El/La solicitante debe comprobar que tiene uno o más de los siguientes requisitos:
  - 60 años o más; o
  - Una discapacidad reconocida (temporal o permanente) verificada por un profesional médico aceptado; o
  - El/La solicitante debe verificar que los ingresos brutos anuales de su unidad familiar no superan el 125% de las directrices de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Tabla I, página 6).
- El/La solicitante debe comprobar que no puede transportarse por sí mismo o comprar transporte.
- Debido a la disponibilidad de fondos del programa, los viajes pueden denegarse en función del propósito del viaje. Las prioridades de los viajes se clasifican en orden descendente de la siguiente manera: viajes médicos individuales, viajes en grupo para hacer la compra y comer en grupo, viajes con fines de empleo, viajes para la educación de adultos, compras sociales y no esenciales.
- Llame al 941-575-4000 para concertar citas de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 4:45 p. m.
- ~~Tarifa TD: \$ 1.00~~

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL

**ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA**

→ Completar cada tres (3) Años ←

Nombre:		Fecha:
Dirección:		
Nº Apartamento/ Edificio :		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nº de teléfono (diurno):	Nº de teléfono (nocturno):	
Fecha de nacimiento:	Nº de Seguro Social:	

***El Tránsito del Condado de Charlotte recopila su número de Seguro Social para los siguientes fines: identificación, verificación, como identificador único y para fines de búsqueda.***

¿Participa en alguno de los siguientes programas de tarifas reducidas de autobús? OAA  Medicaid  
 Tránsito del condado de Charlotte TD

Lenguaje principal:      inglés       español       Otro:

1. ¿Es usted titular de un permiso de conducir válido?     SÍ                       NO

2. ¿Tiene acceso a un vehículo?                                      SÍ                       NO

En caso afirmativo, ¿por qué no puede utilizar el vehículo?

\_\_\_\_\_

**Si alguien le ayudó a rellenar este formulario y desea que también sea informado de las decisiones relativas a su elegibilidad, facilítenos a continuación el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Contacto en caso de emergencia

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

Relación con el/la \_\_\_\_\_

solicitante:

## SECCIÓN 2: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que el propósito de este formulario de evaluación es determinar si cumplo los requisitos para recibir el programa de transporte para discapacitados. Entiendo que la información sobre mi discapacidad y mis ingresos contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y sólo se compartirá con los profesionales implicados en la evaluación de mi elegibilidad. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información contenida en este formulario de evaluación es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa y engañosa podría dar lugar a que se reexaminara mi estado de elegibilidad, así como a otras acciones por parte de Tránsito del Condado de Charlotte.

\_\_\_\_\_

**(Firma del / de la solicitante)**

\_\_\_\_\_

**(Fecha)**

## SECCIÓN 3: PREGUNTAS SOBRE LA MOVILIDAD DEL/ DE LA SOLICITANTE

**1. Marque a continuación si utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad y responda a las preguntas adicionales que aplican a su tipo de ayuda o equipo.**

- Bastón   
  Andador   
 Silla de ruedas manual   
  Silla de ruedas eléctrica   
  Escúter/Carrito eléctrico  
 Oxígeno CO2   
  Otro: \_\_\_\_\_   
  No utilizo ayudas o equipo.

**2. Si utiliza un dispositivo de ayuda a la movilidad, indique a continuación su tamaño y peso:**

- ¿Su silla de ruedas/escúter/carrito mide más de 48" de largo?      **SÍ**      **NO**
- ¿Su silla de ruedas/escúter/carrito tiene más de 30" de ancho?      **SÍ**      **NO**
- ¿Su peso más el peso de su silla de ruedas/escúter/carrito es superior a 800 libras?
- SÍ**      **NO**

*\*\*\*NOTA: Es posible que el servicio de tránsito del condado de Charlotte no pueda acomodarle si su silla de ruedas, escúter o carrito es más largo de 48 pulgadas o más ancho de 30 pulgadas o si su peso total con la silla de ruedas es superior a 600 libras.*

**3. ¿Puede subir y bajar de un autobús que tiene ascensor?** Por favor, marque todas las que correspondan:

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO → <input type="checkbox"/> A VECES → <input type="checkbox"/> No lo sé porque nunca lo he intentado	<input type="checkbox"/> Mi equipo de ayuda a la movilidad no cabe en el elevador <input type="checkbox"/> No puedo estabilizarme cuando el ascensor está en movimiento <input type="checkbox"/> No me siento seguro/a en el ascensor <input type="checkbox"/> Otra: _____
--	---

**4. Once inside a bus, can you get to a seat or wheelchair position by yourself?**

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO → <input type="checkbox"/> A VECES →	<p style="text-align: center;"><u>Por favor, marque todas las que correspondan:</u></p> <input type="checkbox"/> Necesito ayuda de alguien <input type="checkbox"/> Tengo dificultad para encontrar asiento <input type="checkbox"/> Tengo dificultad con el balance <input type="checkbox"/> No puedo agarrarme a las barandillas <input type="checkbox"/> Necesito sentarme cerca de la puerta <input type="checkbox"/> Otra: _____
--	---

5. Si utiliza una ayuda para la movilidad, ¿es accesible su residencia (entrada, rampa, pasarela pavimentada, etc.)?

- SÍ  
 NO → Enumere las barreras: \_\_\_\_\_

6. ¿Puede subir escalones de 3 a 12 pulgadas sin ayuda?  SÍ  NO

7. ¿Puede deambular o manejar una silla de ruedas por una rampa sin ayuda?  SÍ  NO

## SECCIÓN 4: INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL/DE LA SOLICITANTE

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades tiene?

- Discapacidad física  
 Enfermedad mental  
 Discapacidad visual/  
 Ceguera  
 Otra  
 Discapacidad del desarrollo  
 Ninguna

Describa su discapacidad con más detalle: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. ¿La discapacidad es temporal o permanente?

- DISCAPACIDAD TEMPORAL Espero que dure otros \_\_\_\_\_ meses.  
 DISCAPACIDAD PERMANENTE  
 No lo sé

3. ¿Utiliza un animal de servicio? En caso afirmativo, describa el tipo de animal.

- SÍ → Tipo de animal: \_\_\_\_\_  
 NO

4. ¿Viaja con un Ayudante de Cuidados Personales (PCA) que le ayude con las funciones de la vida diaria? (Alguien a quien necesita todo o parte del tiempo para que le asista. Un acompañante o invitado no se considera un PCA).

- SÍ, siempre →  
 SÍ, a veces →  
 NO

**Necesito ayuda con (marque todas la que correspondan):**

- Movilidad  Lectura

## SECCIÓN 5: INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE EL VIAJE

1. Enumere dos (2) de sus viajes más frecuentes y cómo llega a ellos en la actualidad

1. Destino: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo llega ahora?  Auto  Autobús  Furgoneta/  
 Taxi  Otra \_\_\_\_\_

2. Destino: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo llega ahora?  Auto  Autobús  Furgoneta/  
 Taxi  Otra \_\_\_\_\_

2. ¿Qué otros medios de transporte puede utilizar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 6: INGRESOS DEL HOGAR

1. Incluyendo a todos los padres, cuidadores, parientes u otras personas implicadas en sus funciones vitales, ¿cuántas personas residen en la dirección facilitada en la Sección 1? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuántos vehículos hay en su hogar? \_\_\_\_\_
3. Incluyendo todos los salarios, pagos por incapacidad, pagos de la Seguridad Social, pensiones, dividendos, inversiones, etc., ¿cuál es el total de los ingresos brutos anuales de su hogar? Adjunte a esta solicitud cumplimentada un justificante de ingresos suyo y de todos los miembros de su unidad familiar. **Por favor, proporcione copias como prueba, no se devolverán.**

- **Las formas aceptables de prueba de ingresos incluyen copias actuales de:** la primera página de su declaración de la renta, Verificación de Ingresos de Compensación por Desempleo, Carta de Prestaciones del Departamento de Niños y Familias (DCF), Verificación de Ingresos de la Seguridad Social o Carta de Prueba de Ingresos (incluye SSI y SSDI), un mínimo de (2) talones de pago más recientes, Declaración de Jubilación/Pensión (incluye VA) y elegibilidad para Cupones de Alimentos.

• Declaración de impuestos \_\_\_\_\_ W2 \_\_\_\_\_ SSI \_\_\_\_\_ SSDI \_\_\_\_\_

Pensión \_\_\_\_\_ Intereses/dividendos \_\_\_\_\_ Compensación \_\_\_\_\_

Familiares \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ laboral \_\_\_\_\_

4. ¿Su renta familiar anual bruta total es igual o inferior al 125 % de las Directrices Federales de Salud y Servicios Humanos para rentas familiares bajas? (Véase la Tabla I, más abajo)

SÍ       NO

### Tabla I: 125 % de las Directrices de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos 2022

Los siguientes totales representan el 125 % de las Directrices Federales de Salud y Servicios Humanos para ingresos familiares bajos y se actualizan anualmente. Para poder optar al programa de transporte TD, los ingresos familiares no pueden superar estas directrices:

Tamaño del hogar/ de la familia	125 %
1	\$16.100
2	\$21.775
3	\$27.450
4	\$33.125
5	\$38.800
6	\$44.475
7	\$50.150
8	\$55.825

## SECCIÓN 7: VERIFICACIÓN PROFESIONAL

**NOTA: Esta parte debe ser cumplimentada por uno de los siguientes profesionales con licencia en vigor antes de devolver la solicitud a nuestra oficina:** Médico (M.D. o D.O. o D.C.), Audiólogo, Psicólogo, Oftalmólogo, Enfermero titulado, Trabajador social clínico, Especialista en vida independiente, Terapeuta ocupacional, Psiquiatra, Fisioterapeuta o Especialista en rehabilitación..

### AUTORIZACIÓN DEL/DE LA SOLICITANTE

Por la presente autorizo al/a la profesional nombrado/a a continuación a facilitar información sobre mi discapacidad y mi capacidad para viajar al Tránsito del Condado de Charlotte y/o a las personas que ayuden al Tránsito del Condado de Charlotte a determinar mi elegibilidad para el Transporte en Desventaja. Entiendo que esta información se utilizará únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad para el Transporte en Desventaja y que toda la información médica sobre mi discapacidad se mantendrá confidencial.

Firma del/de la solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Estimado/a profesional médico/a,**

**Con el fin de procesar la solicitud de este/esta solicitante para la elegibilidad de Transporte en Desventaja del Condado de Charlotte, requerimos que se complete este formulario.**

*Por favor, revise la información proporcionada por el solicitante en las SECCIONES 1 - 5 de esta solicitud y responda a las siguientes preguntas en la Sección 7. (Sólo para profesionales con licencia)*

*Gracias de antemano.*

1. ¿Se le ha diagnosticado al/a la solicitante una discapacidad cognitiva, mental, física o de otro tipo? *Favor de enumerar las discapacidades.*

\_\_\_\_\_

2. La discapacidad del/de la solicitante es

PERMANENTE

TEMPORARIA..... ¿Duración prevista? Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

3. ¿Necesita el/la solicitante la ayuda de un Cuidador Personal (PCA) o de un Acompañante cuando viaja en un vehículo público?

SÍ       NO

### PROFESIONAL MÉDICO/A

Firma del/de la profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y cargo (en letra de imprenta o a máquina): \_\_\_\_\_

Estado de Florida u otro estado si procede ( ) N° de licencia: \_\_\_\_\_

Dirección comercial: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE TRÁNSITO DEL CONDADO DE CHARLOTTE**

Solicitante  
Aprobado/a

Solicitante  
Denegado/a

actualizado 22/5/2023