



Tránsito del Condado de Charlotte - Solicitud de Transporte para Desfavorecidos

Actualizado al 12/06/2024

El Tránsito del Condado de Charlotte incluye el transporte ordenado por la Comisión de la Florida para los Desfavorecidos del Transporte (TD). “Transporte desfavorecido” significa “aquellas personas que debido a discapacidad física o mental, estado de ingresos o edad no pueden transportarse o comprar transporte y, por lo tanto, dependen de otras personas para obtener acceso a atención médica, empleo, educación, compras, actividades sociales u otras actividades que mejoran la vida, o niños discapacitados o de alto riesgo o en riesgo”, según se define en la sección 411,202 por F.S. 427.

Por favor lea las calificaciones y directrices del programa TD abajo. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame al 941-833-6233. Si antes de 21 días después de la presentación de una solicitud completa, el Tránsito del Condado de Charlotte no ha determinado la elegibilidad, el solicitante será tratado como elegible y proporcionado servicio hasta y a menos que el Tránsito del Condado de Charlotte niegue la solicitud. Si se le niega la elegibilidad de TD y desea apelar la decisión, puede comunicarse con nuestra oficina. La línea telefónica de ayuda del Defensor del Pueblo para Desfavorecidos del Transporte es el 1-800-983-2435.

Cualificaciones y directrices de la subvención en situación desventajosa:

- Las ubicaciones de origen y destino deben estar dentro del área de servicio del Condado de Charlotte
- El solicitante debe verificar que tiene uno o más de los siguientes:
 - Edad de 60 años o más; o
 - Una discapacidad reconocida (temporal o permanente) verificada por un profesional médico aceptado; o
 - El solicitante debe verificar que su ingreso familiar anual bruto no exceda el 125 % de las pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Tabla I, página 6).
- Llame al 941-575-4000 Opción 1 para programar una reserva de lunes a viernes de 7:00 a. m. a 5:30 p. m.

Criterios de elegibilidad (Seleccione uno)

Si solicita el Transporte para Desfavorecidos (TD) basado en la edad (60 años o más) y no puede transportarse usted mismo o comprar transporte:

- Complete las partes 1, 2, 3 y 5.
- Adjunte una copia de la identificación válida con la fecha de nacimiento.

O

Si solicita TD debido a razones médicas y no puede transportarse usted mismo o comprar transporte:

- Complete las Partes 1, 2, 3, 5 y 6.
- Lea y firme la autorización del solicitante en la Parte 6, proporcionando la firma autorizada del solicitante para divulgar información médica.
- Un profesional actualmente licenciado completa el resto de la Parte 6. Vea la página 6 para una lista de profesionales aplicables.
- Adjunte una copia de identificación válida con fecha de nacimiento.

O

Si solicita TD debido a un ingreso familiar bruto anual total igual o inferior al 125 % del Nivel Federal de Pobreza y no puede transportarse o comprar transporte:

- Complete las partes 1, 2, 4 y 5.
- Adjunte una copia de la identificación válida con la fecha de nacimiento.
- Adjuntar prueba de ingresos. Por favor envíe copias como prueba de ingresos. No será devuelta. Las formas aceptables de prueba de ingresos incluyen copias actuales de: (Nota: Solo necesita proporcionar una)
 - Primera página de su declaración de impuestos
 - Verificación de Ingresos de Compensación por Desempleo
 - Carta de Beneficios del DCF
 - Verificación de Ingresos del Seguro Social o Carta de Prueba de Ingreso (Incluye SSI y SSDI)
 - Dos talones de pago más recientes
 - Declaración de estado de jubilación/pensión (incluye VA)
 - Si nadie en su hogar tiene ingresos, debe adjuntar una prueba de elegibilidad para cupones de alimentos o una carta firmada con membrete de la agencia verificando que no tiene ingresos
- Los formularios incompletos serán devueltos; si no se llena completamente esta solicitud, se retrasará su determinación de elegibilidad
- El proceso de evaluación normalmente toma hasta un máximo de diez (10) días hábiles desde la recepción de los formularios completados.
- Si tiene alguna pregunta, llame al 941-833-6233
- Por favor, devuelva el formulario completado y los documentos requeridos por correo a:
Dirección: Charlotte County Transit Division, 545 Theresa Blvd., Port Charlotte, FL 33954

Parte 1: Información general

Por favor imprima claramente o escriba a máquina
Completar cada tres (3) años

Nombre:		Fecha:
Dirección:		
Apartamento / Edificio #:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono (diurno):	Número de teléfono (noche):	
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	

¿Está inscrito en el programa Medicaid? Sí No

Idioma principal: Inglés Español Otros: _____

1. ¿Tiene una licencia de conducir válida? Sí No

2. ¿Tiene acceso a un vehículo? Sí No

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

3. ¿Viaja con un Asistente de Cuidado Personal (PCA) que le ayuda?

Sí, siempre

Sí, a veces

No

Si alguien le ayudó a completar este formulario y le gustaría que también fueran informados de las decisiones con respecto a su elegibilidad, por favor proporcione lo siguiente;

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Contacto de emergencia

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación con el solicitante: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE TRÁNSITO DEL CONDADO DE CHARLOTTE

Fecha de recepción: _____ Fecha de aprobación: _____ Expira en: _____ Nuevo registro

Renovación

Revisado por: _____

Aprobado para los servicios de TD: Edad Incapacidad Ingresos

Motivo de la negación: _____

Actualizado al

06/12/2024

Parte 2: Preguntas sobre la movilidad del solicitante

No utilizo ayudas de movilidad o equipos enumerados a continuación y puedo subir tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia (saltar a la sección 3)

1. Por favor, compruebe a continuación si utiliza cualquiera de los siguientes dispositivos de ayuda o equipo y responda las preguntas adicionales que se aplican a su tipo de ayuda o equipo.

Bastón Andador Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Escúter eléctrico

Oxígeno portátil CO2 Otros: _____

Si utiliza una ayuda de movilidad, indique a continuación el tamaño y el peso:

- ¿Es su silla de ruedas / escúter más de 48" de largo? Sí No
- ¿Es su silla de ruedas /escúter más de 30" de ancho? Sí No
- Su peso ¿más el peso de su silla de ruedas / escúter es más de 800 libras? Sí No

***NOTA: Es posible que el Tránsito del Condado de Charlotte no pueda acomodarlo si su silla de ruedas, escúter o carrito mide más de 48 pulgadas o más de 30 pulgadas o si su peso total con su silla de ruedas es más de 800 libras.

2. ¿Puedes subir y bajar de un autobús que tiene un ascensor?

- Sí
 No
 A veces
 No lo sé porque nunca lo he intentado

Si respondió que no o a veces, por favor explique: _____

3. Una vez dentro de un autobús, ¿puedes transferirte a un asiento por ti mismo?

- Sí
 No
 A veces

Si respondió que no o a veces, por favor explique: _____

PARTE 3: Situación de discapacidad

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades tiene?

- Discapacidad Física Deficiencia visual/ceguera Discapacidad del Desarrollo
 Condición de Salud Mental Otros _____ Ninguna

Please describe your disability in more detail: _____

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, por favor describa el tipo de animal.

- Sí Tipo de animal: _____
 No

El resto de la página se ha dejado en blanco intencionadamente.

PARTE 4: Ingresos del hogar

Incluyendo a todos los padres, cuidadores, parientes u otras personas involucradas en sus funciones vitales, ¿cuántas personas residen en la dirección proporcionada en la Parte I? _____

¿Cuántos vehículos hay en su hogar? _____

Incluyendo todos los salarios, pagos por discapacidad, pagos de la Seguridad Social, pensiones, dividendos, inversiones, etc., ¿cuál es el ingreso bruto anual total de su hogar? Adjunte a esta solicitud cumplimentada un comprobante de ingresos para usted y todos los miembros de su hogar. Por favor, proporcione copias como prueba, no serán devueltas.

- Las formas aceptables de comprobante de ingresos incluyen copias actuales de: la primera página de su declaración de impuestos más reciente, verificación de ingresos de compensación por desempleo, carta de beneficios del DCF, verificación de ingresos del Seguro Social o carta de comprobante de ingresos (incluye SSI y SSDI), mínimo de (2) recibos 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 de trabajadores _____
Familiars _____ Otro _____

¿El ingreso bruto anual total de su hogar es igual o inferior al 125 % de las Directrices Federales de Salud y Servicios Humanos para hogares de bajos ingresos? (Véase la Tabla I, a continuación) SÍ NO

Tabla I: 125% de las Directrices sobre la Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos 2024 Los siguientes totales representan el 125% de las Directrices federales de salud y servicios humanos para hogares de bajos ingresos y se actualizan anualmente. Para poder acogerse al programa de transporte de TD, los ingresos familiares no pueden superar estas directrices

Tamaño Hogar/ Familia	125%
1	\$18,825
2	\$25,550
3	\$32,275
4	\$39,000
5	\$45,752
6	\$52,450
7	\$59,175
8	\$65,900

Añada \$6,725 por persona mayor de 8

PARTE 5: Certificación del solicitante

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

(Firma del solicitante) (Fecha)

PARTE 6: Verificación médica profesional

NOTA: Esta parte debe ser completada por uno de los siguientes profesionales con licencia vigente 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.

Applicant's Authorization

Por la presente autorizo al profesional nombrado a continuación a proporcionar información sobre mi discapacidad y mi capacidad para viajar al Tránsito del Condado de Charlotte y/o a las personas que ayudan al Tránsito del Condado de Charlotte a determinar mi elegibilidad para el programa de transporte para personas desfavorecidas. Entiendo que esta información se utilizará únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad para el programa de Transporte para Personas con Discapacidades y que toda la información médica sobre mi discapacidad se mantendrá confidencial.

Firma del solicitante _____

Fecha: _____

Estimado profesional médico,

Para procesar la solicitud de este candidato para la elegibilidad de transporte en tránsito del Condado de Charlotte para personas desfavorecidas, necesitamos que rellene este formulario.

Por favor revise la información proporcionada por el solicitante en las Partes 1-5 de esta solicitud y responda a las siguientes preguntas en la Parte 6. (Solo para profesionales con licencia) Gracias de antemano.

1. ¿El solicitante, ha sido diagnosticado con una discapacidad cognitiva, mental, física o de otra índole? *Favor de proporcionar una lista de discapacidades.*

2. La discapacidad del solicitante es

Permanente

Temporalia ¿Duración prevista? Años _____ Meses _____

3. ¿Necesita el solicitante la ayuda de un auxiliar de cuidado personal (PCA) o acompañante cuando viaja en un vehículo público?

Sí No

Profesional Médico

Escriba a máquina o en letra de imprenta el nombre y el cargo: _____

_____ Estado de Florida u otro estado, si

corresponde () Número de licencia: _____ Dirección comercial _____

N.º de teléfono: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Firma del profesional: _____

Fecha: _____