



# Aplikasyon Elijiblite Paratransit

[www.palmtran.org](http://www.palmtran.org)

**Nou aksepte aplikasyon ki konplè yo pa lapòs / fax / Imèl oubyen ou ka vini nan:**

**Palm Tran CONNECTION**  
**Community Transportation Coordinator**  
**50 South Military Trail, Suite 101**  
**West Palm Beach, FL 33415**  
**Lendi – Vandredi**  
**8am – 4:30pm**

**561-649-9838 opsyon 7**

**1-877-870-9849 rele gratis si ke ou pa nan zòn lokal**

**Fax : 561-656-7156**

**Email: [connpalmeligibility@pbcgov.org](mailto:connpalmeligibility@pbcgov.org)**

**ENSTRIKSYON POU KONPLETE APLIKASYON AN:** Tanpri konplete pati ki apwopriye nan aplikasyon an depan de pwogram ou chwazi pou apwouve pou li a. Si ou pa ranpli pati ki apwopriye yo, **nou p'ap apwouve ou pou pwogram nan.** Si ou ranpli de oubyen plis pati, n'ap apwouve ou pou plizyè pati nan pwogram yo. **Kelkeswa pwogram ou chwazi a, ou dwe konplete tout Pati 1 an nèt.**

**Pati 1:** Enfòmasyon Jeneral Vwayajè yo.

**Pati 2:** Paj siyati moun ki aplike a

**Pati 3:** Verifikasyon lajan ou fè **Transportation Disadvantaged OUBYEN Pwogram Bòs Pass la**

**Pati 4:** Verifikasyon domaj ou genyen **Americans with Disabilities Program**

Selon Americans with Disabilities Act (ADA), Paratransit lan la pou l' konplete sèvis transpòtasyon moun ki gen domaj oubyen andikape yo.

Nou revize aplikasyon konplè yo pandan 21 jou de lè nou resevwa li nan Palm Tran CONNECTION pou detèmine si aplikan elijib pou resevwa sèvis. Si pandan 21 jou yo nou pa sòti ak yon desizyon pou aplikan, li gen dwa trete tankou li te elijib epi li dwe jwenn sèvis, amwenke PTC ta bay refi pou aplikasyon an. Aplikan ki gen refi pou aplikasyon yo gen dwa konteste desizyon an. Tanpri kontakte depatman elijibilite a si ou gen kesyon.

Palm Tran CONNECTION ap itilize enfòmasyon ki nan aplikasyon an pou founi sèvis transpòtasyon. Enfòmasyon yo ap disponib pou lòt sous transit lè li nesèsè pou sèvis tranpòtasyon apwopriye sèlman. Nou pa bay okenn moun oubyen ajans enfòmasyon ou yo. **Dokiman sa disponib nan lòt fòm si ke ou ta bezwen.**

**Nou fè pwose aplikasyon yo nan lòd nou resevwa yo.**

**PWOSESIS APLIKASYON YO PRAN ANT 7 A 21 JOU DE LÈ NOU RESEVWA YO.**

# Pati 1

## Enfòmasyon Jeneral Vwayajè a

Tanpri konplete

Siyati : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Adrès: \_\_\_\_\_ Apt#: \_\_\_\_\_ Bldg#: \_\_\_\_\_

Non Bildig Nan: \_\_\_\_\_  
(oubyen nan ri ki pi pre a)

Vil: \_\_\_\_\_ Eta: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telefòn: \_\_\_\_\_ Dat ou fèt: \_\_\_\_\_

Imèl : \_\_\_\_\_

### Bay kèk kontak an ka ijans :

Non Kontak la/Relasyon/Adrès	Nimewo Telefòn

### A. Tanpri endike anba a si ou itilize youn nan mobilite sa yo oubyen ekipman pou ede ou (tcheke tout sa ki aplike yo)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Baton  | <input type="radio"/> Machè   |
| <input type="radio"/> Beki   | <input type="radio"/> Chèz Woulèt Manyèl                            |
| <input type="radio"/> Plak nan Janm  | <input type="radio"/> Chèz Woulèt Elektrik                          |
| <input type="radio"/> Oksijèn  | <input type="radio"/> Charyo Elektrik/Kat                           |
| <input type="radio"/> Sèvis animal   | <input type="radio"/> Stik (avèg)                                   |
| <input type="radio"/> Gid pou Wè(moun)   | <input type="radio"/> Ekipman Medikal pòtab (resèvwa oksijèn, etc.) |
| <input type="radio"/> Lòt (tanpri spesifye) _____                              |   |
| <input type="radio"/> Mwen pa itilize okenn nan mobilite oubyen ekipman sa yo. |   |

**Atansyon: Nou pa ka akomode ou si chèz woulèt ou a oubyen charyo w' la pi long ke 48 pous oubyen pi laj ke 30 pous oubyen si pèz total lè ou chita sou chèz la depase 600 liv.**

### B. Eske ou genyen yon asistance of a Personal Care Attendant (PCA) (youn moun ki pou voyage avèk ou nan aktivite jounalye w')? Tanpri note ke nou ka mande ou pou ou voyaje avek youn PCA si kondisyon ou oubyen domaj ou a grav.

- Non  Toujou  Pafwa

### C. Eske ou bezwen enfòmasyon yo ba ou yo nan youn lot fòm? Si wi, tanpri

endike:  Kopi Laj  Odyo CD/Kasèt  Bray  Lòt: \_\_\_\_\_

## Pati 2

### Sètifikasyon Aplikasyon - Signati

Mwen konprann ke enfòmasyon apwopo de domaj mwen founi nan aplikasyon an ap rete konfidansyèl epi pataje l' selman ak profesyonèl ki enplike nan evalyasyon elijibilite m' nan k'ap ofri sèvis transpòtasyon. Enfòmasyon w' lan ap disponib tou pou lòt kote ki bay menm sèvis transpòtasyon ki apwopriye. Nou pap founi enfòmasyon an ak okenn lòt moun ak ajans. Mwen sètifye, ak tout bon konesans mwen, ke enfòmasyon nan fòm sa vrè epi kòrèk. Aplikasyon pou elijibilite sèvis Paratransit la kapab anile si aplikasyon an bay fo deklarasyon nan aplikasyon an oubyen bay manti.

**Siyati Aplikasyon:** \_\_\_\_\_ **Dat:** \_\_\_\_\_

Si gen yon moun ki ede ou pou ranpli fòm sa a, tanpri bay enfòmasyon kontak moun nan:

Non: \_\_\_\_\_ Telefòn: \_\_\_\_\_

#### **Nan ka Evakyasyon:**

An ka ke Direksyon ijans nan Palm Beach County egzije fè yon evakyasyon akòz de siklòn oubyen inondasyon, èske ou ap bezwen transpòtasyon pou ou ale nan cheltè?

**Wi**

**Non**

Pou enskri nan Inite Swen Espesyal la, tanpri kontakte Palm Beach County Emergency Operations Center a nan (561) 712-6400.

## Pati 3

### Sètifikasyon Aplikasyon – Verifikasyon Lajan

**A. Pou aplike pou Program Transportation Disadvantaged la (TD), tanpri konplete sa yo:**

**Total lajan ou fè pa mwa \$** \_\_\_\_\_

Tanpri **mete prè** total lajan ou fè, avan tax, ki gen salè, tep, lòt lajan tankou Sosyal Sekirite, Pansyon ak lòt ankò.

**Fòm prè ke nou aksepte:**

Premye paj tax ou te ranpli ane pase

Omwen 2 resi chèk

Verifikasyon Lajan Sosyal Sekirite

Lèt benefis DCF

Verifikasyon Lajan Pansyon / Retrèt

Verifikasyon Lajan ou jwenn le ou chome

**Eske ou genyen yon problèm fizik oubyen mantal ki limite ou nan aktivite jounalye ou?\***

Non

Toujou

Pafwa

**Si wi, tanpri spesifye nati domaj la:**

Domaj Fizik (konjesyon serebral, tansyon, sèvo, nè, chòk)

Domaj newologikal (MS, MD, sèvo paralize, epilepsi, alzaymè, Parkinson ak lòt)

Pwoblèm vizyèl Deteryore/ Avèg

Fatig (Kimo/Radiasyon, dayalasis)

Domaj mantal oswa sansoryèl (pwoblèm devlopman mantal)

Lòt domaj (pwoblèm tandè (soud), kadiak/COPD, pwoblèm respiratwa, atrit, neropatik)

**\*Keksyon sa obligatwa, men li pa p' itilize pou detemine eligibilite ou**

## **Pati 4**

# **Sètifikasyon Aplikan-Verifikasyon Domajman**

---

**A. Pou aplike pou Program Americans with Disability Act la, tanpri konplete sa yo:**

**Tanpri bay pou ki rezon ou bezwen elijib pou sèvis Pòt a Pòt la. (Tcheke tout sa ki aplike yo)**

Pou kalifye pou Palm Tran CONNECTION ou dwe yon moun ki **PAKA** itilize Palm Tran sitibòs yo akòz de move kondisyon fizik oubyen mantal

- Akòz de domaj mwen an, mwen pa **janm** ka itilize Palm Tran sèvis sitibòs
- Mwen ka itilize Palm Tran sitibòs yo kelke fwa, men sèlman si yo gen ranp lan pou monte chèz woulèt
- Mwen ka itilize Palm Tran sitibòs yo pou m' ale nan kèk kote, men mwen paka ale ni tounen kote ki pa genyen bòstap yo

**B. Ki tip de domaj ou genyen ki fè 'w paka itilize Palm Tran sitibòs yo? (Tcheke tout sa ki aplike yo :**

- Domaj Fizik (konjesyon serebral, tansyon, sèvo, nè, chòk)
- Domaj newologikal (MS, MD, sèvo paralize, epilepsi, alzaymè, Parkinson ak lòt)
- Pwoblèm vizyèl Deteryore/ Avèg
- Fatig (Kimo/Radiasyon, dayalasis)
- Domaj mantal oswa sansoryèl (pwoblèm devlopman mantal, Òtis)
- Lòt domaj (pwoblèm tandè (soud), kadiak/COPD, pwoblèm respiratwa, atrit, neropatik)

**Tanpri bay plis detay sou pwoblèm domaj ou a:** \_\_\_\_\_

---

**C. Eske pwoblèm domaj ou dekri nan pati anlè a (Pati B) tanporè oubyen pèmanan?**

- Tanporè, men l'ap dire \_\_\_\_\_ mwa
- Pèmanan
- Mwen pa konnen

**D. Eske ou itilize Palm Tran sèvis sitibòs yo?**

- WI, mwen toujou swiv Routes bis yo
- Non

## **Pati 4 (Kontinye)**

### **Sètifikasyon Aplikan-Verifikasyon Domajman**

---

#### **E. Kilè ke ou PA KAPAB itilize Palm Tran sèvis sitibòs yo? (Tanpri endike l' anba – tcheke tout sa ki aplike pou ou)**

- Mwen ka itilize Palm Tran sèvis sitibòs pou kèk vwayaj, men mwen konn gen kèk ti difikilte ki anpeche m' itilize yo
- Mwen konn gen difikilte pou m' konpran, tèt mwen konn dezoryante fasilman/oubyen bliye tout sa pou m' fè pou itilize bis yo
- Mwen ka fè ale retou nan estap bis yo sèlman si se pa yon long distans epi gen trotwa pou mache
- Mwen ka tann nan Palm Tran estap bis la sèlman si gen ban oubyen chèltè epi/oubyen mwen paka travèse gwo lari ak entèseksyon
- Domaj mwen konn sevè de jou an jou. Mwen ka itilize sitibòs sèlman lè mwen santi m' byen
- Mwen gen pwoblèm pou monte eskalye e mwen ka monte a bò Palm Tran Bis yo sèlman si yo mete ranp lan
- Mwen gen pwoblèm sante e mwen pa kapab vwayaje si pou m' mache anpil pou rive nan bis laoubyen si li fè twò cho

#### **F. Eske enfòmasyon sa yo kapab ede w' itilize sitibòs yo?**

- Enfòmasyon sou Route epi orè
- Estasyon bis tou prè lakay mwen
- Yon èd kominikasyon
- Estasyon bis ki tou prè lakay mwen epi kote mwen prale a
- Youn nan sa yo p'ap ede
- Fòmasyon sou vwayaj (kòman pou vwayaje nan bis)

#### **G. Eske ou ka swiv enstriksyon ekri e vèbal pou itilize Palm Tran bis yo?**

- Wi                       Non                       Pafwa

#### **Si ou chwazi NONoubyen PAFWA, tanpri tcheke tout sa ki aplike yo**

- Map konfi e mwen ka pèdi
- Map ka fè li petèt si mwen jwenn enstriksyon
- Lòt moun pa ka konprann mwen
- Lòt: \_\_\_\_\_

## **Pati 4 (Kontinye)**

### **Sètifikasyon Aplikan-Verifikasyon Domajman**

---

#### **H. San ou pa jwenn èd lòt moun, eske ou KAPAB swiv sa yo: (cheke tout sa ki aplike)**

- Monte ak desann twa mach pye si gen banistè nan de bò eskalye a
- Otilize yon telefòn pou pran enfòmasyon
- Mande epi swiv enstriksyon ekri oubyen vèbal
- Travèse lari si genyen trotwa
- Rantre epi sòti nan bis Palm Tran si li genyen yon rampaj pou chèz woulèt
- Tann pou 30 minit nan yon estasyon bis si li pa gen ban oubyen chèltè
- Tande vwa chofè bis la fasil lè yo anonse wout bis la pandan ou kanpe deyò oubyen anndan bis la
- Desann epi monte yon trotwa ki pa gen pan pou desann
- Travèse lari e intèseksyon
- Tande machin ase byen pou travèse lari a san malè
- Gade byen pou ale nan estasyon bis si yon moun montre ou li yon sèl fwa

#### **I. Itilize yon èd mobil (chèz woulèt, etc.) oubyen pou kont ou, ki distans ou ka mache oubyen voyaje?**

- Mwen paka mache sot deyò kay/aptman mwen
- Mwen ka rive sou trotwa devan kay/aptman mwen
- Mwen ka mache oubyen itilize chèz woulèt jiska 3 blòk
- Mwen ka mache oubyen itilize chèz woulèt jiska 6 blòk
- Mwen ka mache oubyen itilize chèz woulèt jiska 9 blòk

#### **J. Eske ou ka ret TANN jiska 30 minit pou bis Palm Tran yo nan yon estasyon bis?**

- Wi
- Wi, sèlman si estasyon gen yon ban oubyen chèltè
- Wi, men mwen pa renmen rete tann tout tan sa a
- Non, esplike: \_\_\_\_\_

**Si ou ap aplike pou Pwogram Americans with Disabilities oubyen pou Pwogram pou Transportation Disadvantaged, tanpri fe DOKTÈ ou konplete (FÒM MEDIKAL VERIFIKASYON)**



**MEDICAL VERIFICATION**  
*(THIS PORTION TO BE COMPLETED BY APPLICANT)*

**Please Print/Type Below**

I certify that I am a person with a disability as described by the American with Disabilities Act. I further state that my physician or other certifying practitioner has completed the statement of certification below on my behalf, as required.

_____ Name of Applicant as printed on the Identification		_____ Signature of Applicant, Parent or Guardian of Applicant		
_____ Date of Birth	_____ Sex	_____ Date Signed		
_____ Street Address		_____ City	_____ State	_____ Zip Code

**MEDICAL VERIFICATION, CONTINUED**  
*(THIS PORTION TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN)*

1. Keeping in mind that all Palm Tran buses are 100% wheelchair accessible, can the applicant ever use a regular bus?  
 Yes       No       Sometimes
2. **MOBILITY IMPAIRMENT:**  
 Non-ambulatory disability (required wheelchair to travel) Please specify the condition which requires full time use of a wheelchair.  
 \_\_\_\_\_  
 Ambulatory disability (ambulation may be limited, but able to walk with or without mobility aid, may use wheelchair but can transfer to a seat with little or no assistance).  
 Amputation (detail extremity): \_\_\_\_\_  
 Stroke  
 Brain Spinal Nerve Trauma  
 Other: \_\_\_\_\_
3. **MOBILITY AID: PLEASE INDICATE ALL THAT APPLY**  
 Standard Wheelchair       Cane       Other: \_\_\_\_\_  
 Wide Wheelchair       Walker  
 Scooter       Crutches      \_\_\_\_\_  
 Wide Scooter       Braces  
 Service Animal
4. **NEUROLOGICAL DISABILITY (MOTOR DYSFUNCTION):**  
 Multiple Sclerosis       Epilepsy       Other: \_\_\_\_\_  
 Muscular Dystrophy       Alzheimer's  
 Cerebral Palsy       Parkinson's      \_\_\_\_\_
5. **VISUAL DISABILITY:**  
 Macular Degeneration  
 Visually Impaired  
 Legally Blind – If this person is legally blind complete the following:  
 Corrected visual acuity: Right Eye \_\_\_\_\_ Left Eye \_\_\_\_\_ *(Please attach Snellen reports of both eyes)*  
 Corrected Field of vision: Right Eye \_\_\_\_\_ Left Eye \_\_\_\_\_ *(Please attach Perimeter chart reports of both eyes)*



**MEDICAL VERIFICATION, CONTINUED  
(TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN)**

**6. UNCONTROLLED FATIGUE:**

- Chemo/Radiation  Dialysis

**7. COGNITIVE OR SENSORY IMPAIRMENT:**

- Autism  Dementia  Other: \_\_\_\_\_
- Down Syndrome  Alzheimer's
- Developmental Disability  Emotional \_\_\_\_\_

Level of impairment:  Mild  Moderate  Severe  Profound I.Q.: \_\_\_\_\_ (Must specify)

**8. IMPAIRMENT RELATED CONDITION:**

- Hearing Impaired  Arthritis  Other: \_\_\_\_\_
- Cardiac/COPD  Neuropathy
- Respiratory \_\_\_\_\_

**9. DESCRIBE IN DETAIL THE APPLICANT'S PRIMARY DISABILITY: (BE SPECIFIC):**

\_\_\_\_\_

**10. IS THIS DISABILITY:**

- Permanent
- Temporary: This is to certify that the applicant stated within is a person with a temporary disability (six months or less) that limits or impairs his/her ability to walk or is temporarily sight impaired.

Date of Disability: \_\_\_\_\_ through recovery date of \_\_\_\_\_

Is this disability controlled by medication?  Yes  No

Explain: \_\_\_\_\_

**11. PERSONAL CARE ATTENDANT**

- Applicant requires a personal care attendant and cannot travel alone.

Please attach any pertinent medical documentation (Test Results, Notes, Reports, etc.) that would help to explain the diagnosis or limitations on the applicant's ability to utilize Palm Tran's mass transit system.

**WARNING: Any person who knowingly makes a false or misleading statement in an application or certification may be denied eligibility to Paratransit services.**

Print/Type Name of Certifying Authority \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date Signed \_\_\_\_\_

Business Street Address \_\_\_\_\_ (Area Code) Telephone Number \_\_\_\_\_ Fax Number \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Certification or License No. (REQUIRED) \_\_\_\_\_ of a Physician, Osteopathic or Podiatric Physician, Chiropractor, Optometrist, Advanced Registered Nurse Practitioner under the protocol of a licensed physician or a Physician Assistant licensed under Chapter 458 or 459.

LICENSED IN THE STATE OF \_\_\_\_\_



Creole Application



50 South Military Trail, Suite 101  
West Palm Beach, FL 33415

**Palm Beach County**  
**Board of County Commissioners**

County Administrator  
Verdenia C. Baker

