



Solicitud para Servicio de Paratransit

www.palmtran.org

POR FAVOR REGRESE la APLICACION COMPLETA

**En persona, por correo, por correo electronic o' fax a:
Palm Tran CONNECTION Community Transportation Coordinator
50 South Military Trail, Suite 101, West Palm Beach, Florida 33415**

Lunes – Viernes

8am – 4:30pm

561-649-9838 opción 7 para español

1-877-870-9849 Fuera de área local

561-656-7156 FAX

Correo electronic/ Email: connpalmeligibility@pbcgov.org

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA APLICACIÓN: Por favor, complete la Parte(s) apropiada de esta aplicación dependiendo de que programa tiene derecho a participar. Si usted no completa la Parte(s) apropiadas, nosotros no consideraremos su elegibilidad para ese programa. Si usted completa dos o más partes, puede ser elegible para múltiples programas.

A pesar de la preferencia del programa, la parte 1 debe ser completada en su totalidad.

Part 1: Información General del Solicitante

Part 2: Certificación de Solicitante

Part 3: Comprobación de Ingresos

Transportation Disadvantaged Program

Part 4: Comprobación de la Incapacidad

Americans with Disabilities Program

Por el Acta de Americanos con incapacidades (ADA), Paratransit complementario no es un sistema completo del transporte para individuos con incapacidades.

La aplicación completa será revisada en el plazo de 21 días después de recibida por Palm Tran CONNECTION y se determinara la elegibilidad del solicitante para recibir el servicio. Si la decisión no es tomada dentro de los 21 días de haber recibido la aplicación (completa), el solicitante será tratado como elegible y se le proporcionara el servicio al menos que PTC, niegue la aplicación. La aplicación que es negada tiene derecho de apelar sobre esa decisión.- Favor de contactar al departamento de Elegibilidad si tiene preguntas adicionales.

La información de esta aplicación será utilizada por Palm Tran Connection para proveer servicios de transporte. La información estará disponible a otros proveedores del transito cuando sea necesario para servicios apropiados únicamente de transporte.

La información no estará disponible a ninguna otra persona y/o agencia.

LAS APLICACIONES SON PROCESADAS EN LA ORDEN EN QUE SON RECIBIDAS

Part 1

General Rider Information

Información General del Solicitante

Please Print *Por favor imprimente*

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____
Apellido Primer Nombre

Street Address: _____ Apt#: _____ Bldg#: _____
Dirección de la calle # de Apartamento # de Edificio

Building/Complex or Development Name: _____ (or
closest cross street/major intersection) *Nombre de complejo o cruce de calles más cercana*

City: _____ State: _____ Zip: _____
Ciudad Estado Codico Postal

Telephone: _____ Date of Birth: _____
Teléfono Fecha de Nacimiento

In case of emergency, please notify:

Contacto de emergencia

Contact Name/Relationship/Address <i>Nombre/relación/dirección del contacto</i>	Contact Phone Number <i>Número de teléfono del contacto</i>

A. Please indicate below if you use any of the following mobility aids or equipment (check all that apply) *Indique el equipo(s) de movilidad que utiliza (verifica todo lo que aplica)*

- | | |
|---|---|
| ☐ Cane / <i>Bastón</i> | ☐ Walker / <i>Caminador</i> |
| ☐ Crutches / <i>Muletas</i> | ☐ Manual Wheelchair / <i>Silla de ruedas manual</i> |
| ☐ Leg Braces / <i>Refuerzos de pierna</i> | ☐ Powered Wheelchair / <i>Silla de ruedas mecánica</i> |
| ☐ Oxygen / <i>Oxígeno</i> | ☐ Powered Scooter/Cart / <i>Carro accionado</i> |
| ☐ Service Animal / <i>Animal de Servicio</i> | ☐ White Cane (blind) / <i>Baston blanco de ciego</i> |
| ☐ Sighted (person) Guide / <i>Guía personal</i> | ☐ Portable Medical Equipment (oxygen tank, etc.)
<i>Equipo medico portátil (Tanque de oxígeno etc)</i> |
| ☐ Rider cannot be left unattended/El Pasajero/a se pueden dejar solo/a | |
| ☐ Other (please specify) _____
<i>Algun otro (por favor especifica)</i> | |
| ☐ I don't use any of the above mobility aids or equipment
<i>No utilizo ningun equipo de ayudas de movilidad de la lista de encima</i> | |

Nota: Es possible que no podamos acomodarle si su sillón de rueda/carro accionado es más de 54 pulgadas de larga ó más de 34 pulgadas de ancha, ni si el peso total al ocupar estos excede 600 libras.

Part 1 (continuación)

Información General del Solicitante

B. ¿Requiere usted la ayuda de un Asistente Personal del Cuidado (PCA) (alguien quién debe viajar con usted para ayudarle con funciones de vida cotidiana)? *Por favor note que nosotros le podemos requerir a viajar con un PCA si su condición o la incapacidad son severas.*

☐ **Si**

☐ **No**

C. ¿Usted necesita tener la información dada en un formato alternativo? Si sí, por favor indica:

☐ Impresión grande

☐ Audiofrecuencia CD/Grabacion

☐ Escritura en relieve

☐ Algun otro (por favor especifique) _____

Part 2

Certificación de solicitante - Firma del Solicitante

Comprendo que la información contenida en esta aplicación es confidencial, compartida solo con profesionales implicados en elegibilidad para proveer los servicios de transporte. La información estará a disposición de otros proveedores del transito como sea necesario para que el servicio sea apropiado. La información es confidencial no será divulgada a otra persona y/o agencia.-

Certifico que la información es proporcionada es verdadera.

Firma de Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Si alguien le ayudó a completar esta forma, por favor proporcionar la información del contacto:

Nombre: _____ Teléfono: _____

En Caso de una Evacuación:

¿En caso de una orden obligatoria de evacuación publicada por la Gestión de Emergencia del Condado de Palm Beach debido a un Huracán o Inundación, necesitaría usted el transporte a un refugio?

☐ **Si**

☐ **No**

Para registrarse para la Unidad de Cuidado Especial, por favor contacte las Operaciones de Urgencia del Condado de Palm Beach al (561) 712-6400.

Part 3

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Ingresos

A. Para solicitar matriculación en el programa de Transporte de Desventaja (TD), por favor complete lo siguiente:

Ingresos mensuales \$_____

Por favor suministre las pruebas de sus ingresos en su totalidad, antes de los impuestos, incluya sueldos, propinas, ingresos de Seguro Social, jubilaciones y otros.-

Las formas aceptables de la prueba incluyen;

- Primera página de su declaraciones de impuestos
- El mínimo de (2) dos comprobantes de salario
- Comprobación de ingresos de Seguro Social - TPQY y SEQY

¿Tiene usted un impedimento físico o mental que limite sustancialmente uno o más de las actividades principales de la vida?*

☐ **Si**

☐ **No**

Si es así, por favor especificar la naturaleza del deterioro:

- ☐ Incapacidad física
- ☐ Enfermedad Mental
- ☐ Incapacidad Visual/Ciego
- ☐ Incapacidad de Desarrollo
- ☐ Radiación, Quimioterapia o' Dialysis
- ☐ Incapacidad de audición, Corazón o' respiración, artritis, neurológico
- ☐ Otra Incapacidad_____

Part 4

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Incapacidad

¿Tiene usted un impedimento físico o mental que limite sustancialmente uno o más de las actividades principales de la vida?*

☐ **Si**

☐ **No**

Si es así, por favor especificar la naturaleza del deterioro:

- ☐ Incapacidad física
- ☐ Enfermedad Mental
- ☐ Incapacidad Visual/Ciego
- ☐ Incapacidad de Desarrollo
- ☐ Radiación, Quimioterapia o' Dialysis
- ☐ Incapacidad de audición, Corazón o' respiración, artritis, neurológico
- ☐ Otra Incapacidad_____

Part 4 (continuado)

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Incapacidad

A. Para solicitar el Programa del Acto de Americanos Incapacitados, por favor, completa lo siguiente: Por favor, indique debajo las razones por qué usted busca la elegibilidad de el service de puerta a puerta (verifica todo que aplica)

Para calificar por Palm Tran CONNECTION una persona NO debe poder utilizar autobuses de la ruta-fijó de Palm Tran debido a un condición relacionada a deterioro físico o mental.

- ☐ A causa de mi incapacidad, yo nunca puedo utilizar el servicio de autobuses de la ruta-fijó de Palm Tran
- ☐ Puedo utilizar autobuses de ruta-fijó de Palm Tran a veces, pero solo si ellos son equipados con ascensores de silla de ruedas
- ☐ Puedo utilizar autobuses de ruta-fijó de Palm Tran para ir algunos lugares, pero en otros lugares yo no puedo llegar a las paradas de los autobuses

B. ¿Qué tipo (los tipos) de incapacidades le previene de utilizar autobuses de Palm Tran? (Verifique todo que aplica) :

- ☐ Incapacidad física
- ☐ Enfermedad Mental
- ☐ Incapacidad Visual/Ciego
- ☐ Incapacidad de Desarrollo
- ☐ Radiacion, Chemoterapia o' Dialysis
- ☐ Incapacidad de audio, Corazon o' respiracion, arthritis, neurologico
- ☐ Otra Incapacidad _____

Por favor, describa su incapacidad en más detalle: _____

C. ¿Es la incapacidad descrita arriba temporario o permanente?

- ☐ Temporario, espero que dure por otros _____ meses
- ☐ Permanente
- ☐ No se

D. ¿Usted ha utilizado el servicio de autobuses de la ruta-fija de Palm Tran?

- ☐ Sí, utilizo los recorridos del autobús siguientes _____
- ☐ No

**La pregunta es requerida, pero no es utilizada en la determinación de elegibilidad.*

Part 4 (continuado)

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Incapacidad

E. ¿Cuándo usted no puede utilizar el autobús de la ruta-fija de Palm Tran? (Por favor, indica abajo todo que aplique a usted)

- ☐ Puedo utilizar Palm Tran, el servicio de autobuses, regularmente para algunos viajes, pero otros tiempos hay barreras que me previenen de utilizar el autobús.
- ☐ Tengo dificultad de comprensión, me desoriento fácilmente y/o no me recuerdo todas las cosas que tendría que hacer para utilizar el autobús.
- ☐ Yo sólo puedo llegar a las paradas de autobus si la distancia no es demasiado grande y si hay rampas de acceso a aceras en el camino.
- ☐ Yo sólo puedo esperar en las paradas de autobús de Palm Tran si hay un banco o refugio y/o no tengo que cruzar las calles o los cruces muy ocupados.
- ☐ La severidad de mi incapacidad puede cambiar día a día. Puedo utilizar el autobús sólo cuando yo me siento bien.
- ☐ Tengo dificultad o no puedo subir escaleras y sólo puede subirme en un autobús de Palm Tran si tiene un ascensor o rampa.
- ☐ Tengo una condición de salud y no puedo utilizar el autobús si la caminata está demasiado lejos, ni si el tiempo está demasiado caliente.

F. ¿Cual del siguientes lo ayudaria a utilizar los autobuses de la ruta-fijo?

- ☐ Información de horario y rutas
- ☐ Paradaas mas cerca a mi hogar
- ☐ Una ayuda de comunicación
- ☐ Paradaas mas cerca a mi hogar y donde necesito ir
- ☐ Ninguna de éstas cosas ayudarían
- ☐ Entrenamiento como utilizar los autobúses

G. ¿Usted puede preguntar y seguir las instrucciones escritas o verbales para utilizar los autobuses de las ruta-fijas de Palm Tran?

☐ **Si**

☐ **No**

☐ **A veces**

Si usted escogió NO o A Veces, por favor cheque todo que le aplique

- ☐ Me confundo y quizás me pierda
- ☐ Probablemente pueda con instrucción
- ☐ Otras personas no me pueden comprender
- ☐ Otro: _____

Part 4 – (continuado)

La Certificación de la aplicación – Comprobación de Incapacidad

H. ¿Sin la ayuda de otra persona, puede usted hacer lo siguiente? (verifique todo que Apliqué)

- ☐ Subir y bajar tres escalones si hay barandillas en ambos lados
- ☐ Utilizar un teléfono para conseguir información
- ☐ Pedir y seguir instrucciones escritas o orales
- ☐ Cruzar la calle si hay cortes de acera
- ☐ Subir y bajar un autobús de Palm Tran si tiene un ascensor de silla de ruedas
- ☐ Esperar 30 minutos en una parada de autobús que no tiene un banco o refugio
- ☐ Oír fácilmente las voces de los conductores de autobús's cuando ellos anuncian los Recorridos, mientras este parado afuera o adentro del autobús
- ☐ Subir y bajar una acera que no tiene cortes
- ☐ Cruzar calles y intersecciones
- ☐ Oír el tráfico bien para cruzar las calles sin peligro
- ☐ Ver suficiente para poder caminar a una parada de autobús si alguien le muestra la manera una vez

I. ¿Utilizando una ayuda de la movilidad (silla de ruedas, etc.) o en sus propio medios, que lejos puede caminar o viajar?

- ☐ Yo no puedo caminar fuera de mi casa/apartamento
- ☐ Yo no puedo llegar a la acera en frente de mi casa/apartamento
- ☐ Yo si puedo caminar o utilizar mi silla de ruedas hasta 3 bloques
- ☐ Yo si puedo caminar o utilizar mi silla de ruedas hasta 6 bloques
- ☐ Yo si puedo caminar o utilizar mi silla de ruedas hasta 9 bloques

J. ¿PUEDE usted ESPERAR hasta 30 minutos para el autobús de la ruta-fija de Palm Tran en una parada de autobús?

- ☐ Si
- ☐ Si, pero solo si tiene un banco y refugio
- ☐ Si, pero no quiero esperar tanto tiempo
- ☐ No, explique: _____

Si esta solicitando por el service para Americanos Incapacitados (ADA) o el programa de Transporte de Desventaja (TD), su MEDICO tiene que completar la siguiente página (MEDICAL VERIFICATION FORM)



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
- ☐ 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)

6. **UNCONTROLLED FATIGUE:**

- ☐ Chemo/Radiation ☐ Dialysis



MEDICAL VERIFICATION, CONTINUED

(TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN)

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. PERSONAL CARE ATTENDANT

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

11. 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: _____

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: _____



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



Palm Beach County
Board of County Commissioners

County Administrator
Verdenia C. Baker



Spanish Application