



Solicitud de Re-certificación

Revisado 19 de Junio 2014

Las solicitudes completas son aceptadas por correo/correo electrónico/fax o en persona a:

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

Lunes a Viernes
8-4:30pm

Oficina Principal: 561-649-9838 opción 7
Número gratuito fuera del área de llamadas locales: 1-877-870-9849

Fax: 561-656-7156

Email: connpalmeligibility@pbcgov.org

Programas que pueden requerir la re-certificación en este momento son:

AMERICANS WITH DISABILITIES ACT (ADA)

y/o

TRANSPORTATION DISADVANTAGED (TD)

Instrucciones para completar su solicitud:

En cumplimiento de la Ley de American with Disabilites Act de 1990 (ADA) Palm Tran CONNECTION (PTC) ofrece transportación (ej..., un vehículo/ viaje compartido) el servicio a las personas que por su discapacidad no pueden viajar en el autobús de ruta fija. Este formulario de solicitud está destinado a determinar la elegibilidad para el servicio de transportación de puerta a puerta.

Usted está recibiendo esta notificación, debido a que uno o más de los programas que ha clasificado vencerá/n dentro de los próximos **30 días**.

Las solicitudes recibidas por correo/correo electrónico/fax, se procesaran el orden recibido. El tiempo de procesamiento puede tardar ente 7 a 21 días una ves que la solicitud es recibida.

Todos los solicitantes deben incluir documentación requerida



50 South Military Trail, Suite 101
West Palm Beach, FL 33415
561-649-9838 or 1-877-870-9849 (toll-free)
www.palmtran.org

El contenido de este documento puede cambiar en cualquier momento sin aviso previo. Por favor, póngase en contacto con la oficina de Palm Tran CONNECTION para cualquier actualización o cambio. Si tiene alguna pregunta acerca de la información contenida en este documento o para obtener este documento en un formato alternativo (es decir, braille, cinta o en disquete de computador), por favor póngase en contacto con la oficina administrativa de Palm Tran CONNECTION al 561-649-9848

Cuando puedo viajar?

Programa	Horario de Servicio	Días Feriados
Americans with Disabilities Act (ADA) Transportation Disadvantaged (TD)	Lunes a Viernes 5:00 am a 10:00 pm Primer viaje no antes de 5:00 am 5:30 am Ultimo viaje no más tarde de 9:00 pm a 9:30 pm	No abra servicio en los días feriados siguientes: Año Nuevo Domingo de Pascua Memorial Day Día del Trabajador Día de Acción de Gracias Navidad
	Sábado 6:00 am a 10:00 pm Primer viaje no antes de 6:00 am a 6:30 am Ultimo viaje no más tarde de 9:00 pm a 9:30 pm	
	Domingo 8:00 am a 6:00 pm Primer viaje no antes de 8:00 am a 8:30 am Ultimo viaje no más tarde de 5:00 pm a 5:30 pm	
	TENGA EN CUENTA QUE EL TIEMPO puede variar según la distancia	
	Lunes a Viernes 8:00 am a 5:00 pm No hay servicio Sábados y Domingos	
Division of Senior Services (DOSS)		

Para reservar su viaje:

Usted tendrá que llamar a la línea de reservaciones al (561) 649-9838 o 1-877-870-9849 (número gratuito para los residentes del condado Sur) **Presione Opción #3, para hacer una reservacion.** Usted puede reservar un viajes de lunes a sábados de 7:00 am a 5:00 pm. También podrá reservar su viaje/s hasta siete días antes de viajar. Reservaciones para el próximo día deberán realizarse antes de las 5:00 pm el día antes del viaje.

Al reservar su viaje, usted tendrá que proporcionar la siguiente información:

- ☐ Su número de cliente, nombre completo o número telefónico
- ☐ La fecha que quiera viajar
- ☐ La dirección completa con código postal y número de teléfono donde usted **comenzara** su viaje, además de nombre del edificio, numero de sala y cruce de calles
- ☐ La dirección completa con código postal y número de teléfono donde **terminara** su viaje, además del nombre del edificio, numero de sala y cruce de calles
- ☐ Su tiempo y hora de la cita, y el horario que necesite regresar (De tiempo suficiente, se recomienda por lo menos una hora entre la primera cita y la viaje de regreso)
- ☐ Indique si va a viajar con una asistente personal (PCA), escolta o animal de servicio etc.
- ☐ Otra/s información útil como direcciones a direcciones difícil, entrada especifica, calles de un solo sentido, etc.

PARTE 1. Información General

Por favor redacte

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____

Dirección: _____ Apt#: _____ Bldg#: _____

Nombre de complejo/edificio: _____
(o más cercano cruce de calles/intersección principal)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electrónico: _____

En caso de Emergencia notificar a:

Nombre/Relación/Dirección	Teléfono de contacto

Parte 2. Certificación del Solicitante

Entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y compartida solamente con los profesionales que intervienen en la evaluación de mi elegibilidad para la prestación de servicios de transporte. Su información también estará disponible para otros proveedores como sea necesario para los servicios de transporte adecuados de tránsito. La información no será proporcionada a cualquier otra persona o agencia. Certifico que la información de este formulario de evaluación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Cualquier persona que a sabiendo hace una declaración falsa o engañosa en una solicitud puede ser negada la elegibilidad para los servicios de puerta a puerta.

Firma del Aplicante: _____ **Fecha:** _____

Si alguien le ayudo a llenar este formulario, por favor proporcione la información del contacto

Nombre: _____ Numero telefónico: _____

En caso de una evacuación:

En caso de una orden de evacuación obligatoria emitida por el condado de Palm Beach County centro de Emergencias debido a un huracán o una inundación, usted necesita transporte a un refugio?

☐ **Si**

☐ **No**

Para inscribirse en la unidad de Cuidados Especiales, por favor ponerse en contacto con el centro de Emergencia del Condado de Palm Beach Centro de Operaciones en el (561) 712-6400.

PARTE 3. VERIFICACION DE DISCAPACIDAD

A. Que tipo/s de discapacidades le impiden el uso de autobús de Palm Tran (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Deficiencia de movilidad (derrame cerebral trauma del nervio espinal)
- ☐ Discapacidad neurológica (MS, MD, Parálisis Cerebral, Epilepsia, Alzheimer Parkinson,otero)
- ☐ Discapacidad visual (Degeneración macular, legalmente ciego)
- ☐ Fatiga no controlada (Chemo/Radiación, Diálisis)
- ☐ Deterioro cognitivo o sensorial (Autismo, Síndrome de Down, Demencia,desarrollo mental, o otro)
- ☐ Deterioro Relacionados (Discapacidad Auditiva, Cardiaco/COPD, respiratorio, artritis, neuropatía)

Por favor redacte su discapacidad con más detalle:

B. Por favor, indique a continuación si usted usa alguna de las siguientes ayudad de movilidad:

Marque todo lo que corresponda

- ☐ Bastón
- ☐ Muletas
- ☐ Apoyos de pierna
- ☐ Oxígeno
- ☐ Animal de servicio
- ☐ Guía visual
- ☐ Caminador
- ☐ Silla de rueda manual
- ☐ Silla de rueda eléctrica
- ☐ Scooter Electica/ carrito de compras
- ☐ Bastón (para ciego)
- ☐ Equipo Medico Portátil (tanque de oxigeno, etc.)
- ☐ No puede quedar sin vigilancia
- ☐ Otro (por favor especifique) _____
- ☐ Yo no uso ninguna de las ayudas para la movilidad listadas.

Nota: Puede que no seamos capaz de dar cabida a usted si su silla de ruedas/scooter es mas de 54 pulgadas o más ancha de 34 pulgadas o así su peso total al ocupar su silla de ruedas excede 600 libras.

Necesita usted la ayuda de un asistente de cuidado personal (PCA) alguien que debe viajar con usted para ayudarle con las funciones de la vida diaria? *Tenga en cuenta que es posible que necesario que viaje con una PCA si su condición discapacidad es severa.*

☐ No ☐ Siempre ☐ A Veces

C. Es la discapacidad que ha descrito anteriormente es temporal o permanente?

- ☐Temporal, espero que dure _____meses
- ☐Permanente ☐ No lo se

Si esta aplicando para la solicitud del programa American with Disabilities Act o el programa de Transportation Disavantaged, por favor su médico tiene que completar el documento – MEDICAL FORM VERIFICATION



MEDICAL FORM VERIFICATION

(Esta parte tiene que ser completada por el solicitante)

Por favor redacte

Yo certifico que soy una persona con una discapacidad como se escribe debajo de American with Disabilities Act. Declaro además que mi medico u otro profesional de certificación ha completado la declaración de certificación de bajo de mi nombre.

Nombre del solicitante (como impreso en la identificación)

Firma del solicitante, padre o tutor del solicitante

Fecha de Nacimiento

Sexo

Fecha Firmado

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

CONTINUED

(THIS PORTION TO BE COMPLETED BY A LICENSED PHYSICIAN)

Keeping in mind that all Palm Tran buses are 100% wheelchair accessible; can the applicant ever use a regular bus?

☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes

1. MOBILITY IMPAIRMENT:

- ☐ Non-ambulatory disability (requires 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: _____

2. MOBILITY AID: PLEASE INDICATE ALL THAT APPLY

- ☐ Standard Wheelchair ☐ Cane ☐ Other: _____
- ☐ Wide Wheelchair ☐ Walker
- ☐ Scooter ☐ Crutches _____
- ☐ Wide Scooter ☐ Braces
- ☐ Service Animal

3. NEUROLOGICAL DISABILITY (MOTOR DYSFUNCTION):

- ☐ Multiple Sclerosis ☐ Epilepsy ☐ Other: _____
- ☐ Muscular dystrophy ☐ Alzheimer's
- ☐ Cerebral Palsy ☐ Parkinson's _____

4. VISUAL DISABILITY:

- ☐ Macular Degeneration
- ☐ Visually Impaired
- ☐ Legally Blind – If this person is legally blind, please 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)

5. UNCONTROLLED FATIGUE:

- ☐ Chemo/Radiation ☐ Dialysis



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

6. 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)

7. IMPAIRMENT RELATED CONDITION

- ☐ Hearing Impaired ☐ Arthritis ☐ Other:_____
☐ Cardiac/COPD ☐ Neuropathy
☐ Respiratory _____

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

9. 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.

10. PERSONAL CARE ATTENDANT:

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

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: _____

Spanish Recertification



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



Palm Beach County
Board of County Commissioners

County Administrator
Verdenia C. Baker



**RETURN COMPLETED
RECERTIFICATION WITHIN 30 DAYS TO
AVOID SERVICE EXPIRATION**