



## QUÉ HACER:

- Si está solicitando el Programa de Transporte para Desventajados (TD, por siglas en inglés) con base a su edad (60 años o más) y no es capaz de transportarse por sí mismo o de comprar el servicio de transporte:
- Complete las Partes 1, 2, 3, y 5.
  - Adjunte una copia de cualquier documento de identificación con fecha de nacimiento.
- Si está solicitando el TD con base a razones médicas y no es capaz de transportarse por sí mismo o de comprar el servicio de transporte:
- Complete las Partes 1, 2, 3, 4, 5, y 7.
  - Lea y firme **la autorización del solicitante en la Parte 7**, proporcionando la firma autorizada del solicitante para permitir la divulgación de información médica.
  - Un Profesional autorizado con licencia vigente completa el resto de la Parte 7. Refiérase a la página 8 para ver la lista de profesionales correspondientes.
- Si está solicitando el TD debido a que el ingreso familiar bruto anual equivale a un nivel de 125 por ciento o menor del Nivel de Pobreza Federal y no es capaz de transportarse por sí mismo o de comprar el servicio de transporte:
- Complete las Partes 1, 2, 3, 5, and 6.
  - Adjunte una evidencia de ingreso. Favor de enviar copias, ya que la evidencia de ingreso no le será devuelta.

**Formas aceptables de la prueba de documentos sobre los ingresos incluyen copias actuales de:**

- La primera hoja de su Declaración de Impuestos
- Verificación de ingreso por Compensación de Trabajadores
- Carta de Beneficios del Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés)
- Verificación de Ingresos del Seguro Social o Carta de Comprobante de Ingresos (que incluya el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y el programa de Seguro por Incapacidad de Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés)
- Mínimo de (2) talones de pago recientes
- Declaración de Jubilación/Pensión (incluye la Pensión de Veteranos)

**Si nadie en su hogar recibe ingresos, deberá adjuntar prueba de su Elegibilidad para recibir Estampillas de Alimentos, o una carta que debe hacerse en papel con membrete de la agencia encargada y firmada para que conste que usted no tiene ingreso alguno.**

- Las planillas de solicitud incompletas serán devueltas; Si no llena la planilla de solicitud por completo esto creará retrasos en el proceso de determinación de su elegibilidad.
- El proceso de evaluación normalmente toma hasta un máximo de (3) semanas o 21 días desde la fecha de recibimiento de las formas completadas.
- Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda completando esta planilla, favor de llamar a al (941) 833-6242.
- LUEGO DE COMPLETARLA, FAVOR DE DEVOLVER ESTA PLANILLA A:

**Charlotte County Transit Division**

**Attn: Christy Davis**

**545 Theresa Blvd.**

**Port Charlotte, FL 33954**



## **AUTORIDAD DE TRÁNSITO DEL CONDADO DE CHARLOTTE**

### **SOLICITUD PARA EL TRANSPORTE DE PERSONAS DESVENTAJADAS**

#### **A partir del 1 de julio del 2017**

La Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte incluye el transporte por mandato de la **Comisión de Florida para el Transporte en Desventaja (TD)**. “Los desventajados de Transporte” son “aquellas personas que debido a que sufren de una discapacidad física o mental, por su estado de ingreso, o edad, son incapaces de transportarse independientemente o de adquirir transporte y por lo tanto, dependen de otros para obtener acceso a servicios de cuidado de salud, empleo, educación, compras, actividades sociales u otras actividades para mantenerse con vida, o niños discapacitados o de alto riesgo o que se encuentran en una situación de riesgo, según se define en la sección 411.202 de acuerdo al Estatuto de la Florida (F.S.) 427.

Favor de leer a continuación los requisitos y directrices del Programa TD. Si tiene cualquier pregunta o necesita ayuda, favor de llamar al 941-833-6242. Si después que hayan pasado 21 días de la presentación de la solicitud completada en su totalidad, la Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte no ha hecho una determinación de elegibilidad, el solicitante deberá ser tratado como elegible y proporcionado servicios hasta y a menos que la Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte refute la solicitud. Si se le ha negado elegibilidad al Programa TD y desea apelar la decisión, puede contactar nuestra oficina. La línea de ayuda del Mediador para los Desventajados de Transporte es: 1-(800)-983-2435.

Favor de descargar e imprimir la Solicitud para el Programa TD de nuestra página web que se encuentra en: [www.charlottecountyfl.gov](http://www.charlottecountyfl.gov) o llamar al Christy Davis 941-833-6242

### **Requisitos y Directrices de la Subvención bajo el Programa de Transporte para Desventajados:**

- El lugar de origen y destino pueden estar en cualquier parte del Condado de Charlotte.
- No hay otros fondos disponibles para pagar por el viaje solicitado.
- El solicitante deberá verificar que tienen una o más de lo siguiente:
  - Edad de 60 o mayor;
  - Una discapacidad reconocida (temporaria o permanente) verificada por un profesional médico aprobado; o
  - El solicitante deberá ser capaz de verificar que su ingreso familiar bruto anual no excede el 125 por ciento de nivel federal de pobreza establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Tabla I, Página 7).
- El solicitante deberá ser capaz de verificar que no puede transportarse por sí mismo o comprar el servicio de transportación.
- Debido a la disponibilidad limitada de fondos para este programa, puede ser que los viajes sean negados con base al propósito del viaje. Los viajes son priorizados en orden descendente como se explica a continuación: viajes individuales por razón médica, viajes en grupo para ir al supermercado y a cenas en congregaciones, viajes por motivo de empleo, viajes para la educación de adultos, para ir de compras por motivos sociales y no esenciales.
- Llame al 941-575-4000 para programar citas de lunes a viernes de 7:00 am a 4:00 pm.
- Tarifa TD: \$1.00.



## PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL

**FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O TECLEAR**

→ Complete cada tres (3) Años ←

Nombre:		Fecha:
Dirección física:		
# de Apartamento/ # de Edificio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
# de Teléfono (durante el día):	# de Teléfono (durante la noche):	
Fecha de nacimiento:	# de Seguro Social:	

*La Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte recolecta su número de Seguro Social para los siguientes propósitos: para la identificación, verificación, como un identificador único y con el propósito de investigar.*

¿Es usted participante en cualquiera de los siguientes programas de tarifas reducidas de autobús?

OAA    Programa TD de la Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte    Medicaid

Lenguaje Primario:  Inglés    Español    Otro:

1. ¿Tiene una licencia de conducir válida?    SÍ    NO

2. ¿Tiene acceso a un vehículo?    SÍ    NO

**Si su respuesta es afirmativa, por qué no es capaz de utilizar su vehículo?** \_\_\_\_\_

**Si usted ha recibido ayuda de alguien para completar esta planilla de solicitud y desea que también sea informado(a) acerca de las decisiones relacionadas con su elegibilidad, favor de proporcionarnos a continuación con el nombre, la dirección y el teléfono de esa persona:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

### Contacto de Emergencia

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

Relación al Solicitante: \_\_\_\_\_



## PARTE 2: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo entiendo que el propósito de esta planilla de evaluación es determinar mi elegibilidad para el Programa de Transporte para Personas Desventajadas. Entiendo que la información acerca de mi discapacidad y estado financiero incluida en esta solicitud será mantenida confidencialmente e impartida solamente a individuos profesionales que estarán evaluando mi elegibilidad. Certifico que, según mi conocimiento, la información en esta planilla de evaluación es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en que la condición de mi elegibilidad sea reexaminada así como otras acciones por la Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte.

\_\_\_\_\_

(Firma del solicitante)

\_\_\_\_\_

(Fecha)

## PARTE 3: PREGUNTAS ACERCA DE LA MOVILIDAD DEL SOLICITANTE

1. **Favor se marcar a continuación si utiliza cualquier ayuda para su movilidad o equipo y conteste las preguntas adicionales que apliquen a su tipo de ayuda o equipo.**

- Bastón    Caminador    Silla de Ruedas Manual    Silla de Ruedas Eléctrica  
 Escúter/Coche Eléctrico  
 Oxígeno CO2    Otro: \_\_\_\_\_    No uso ayudas o equipo.

2. **Si usa una ayuda para su movilidad, favor de indicar a continuación el tamaño y peso:**

- ¿Es su silla de ruedas/escúter/coche más de 48" de largo?    SÍ    NO
- ¿Es su silla de ruedas/escúter/coche más de 30" de ancho?    SÍ    NO
- ¿Es su peso más el peso de su silla de ruedas/escúter/coche más de 600 libras?  
 SÍ    NO

\*\*\*NOTA: La Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte puede no ser capaz de acomodarlo si su silla de ruedas, escúter o coche excede las 48 pulgadas de largo o las 30 pulgadas de ancho, o si su peso total con su silla de ruedas es más de 600 libras.

3. **¿Puede bajarse de un autobús que contiene un ascensor?**

- SÍ  
 NO →  
 A VECES →  
 No sé porque nunca lo he intentado

**Favor de marcar todo lo que corresponda:**

- Mi equipo auxiliar de movilidad no cabe en el ascensor  
 No puedo mantenerme estable cuando el elevador está en movimiento  
 No me siento seguro(a) en el elevador  
 Otro: \_\_\_\_\_



4. Una vez que esté dentro del autobús, ¿es capaz de tomar un asiento o desplazarse hacia una posición reservada para sillas de ruedas sin ayuda?

- SÍ
- NO →
- A VECES →

**Favor de marcar todo lo que corresponda:**

- Necesito ayuda de alguien
- Tengo dificultad encontrando asiento
- Tengo problemas con el balance
- No puedo agarrarme de barandillas
- Necesito el asiento más cercano a la puerta
- Otro: \_\_\_\_\_

5. Si usa equipo auxiliar para moverse, ¿está su lugar de residencia adaptado para su acceso (entrada, rampa, pasarela pavimentada, etcétera.)?

- SÍ
- NO → Lista de obstáculos: \_\_\_\_\_

6. ¿Puede trepar escalones de 3-12 pulgadas de alto sin ayuda?  SÍ  NO

7. ¿Puede ambular u operar una rampa para sillas de ruedas sin ayuda?  SÍ  NO

## PARTE 4: INFORMACIÓN ACERCA DE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidad(es) tiene usted?

- Discapacidad Física
- Discapacidad Visual /Ceguera
- Discapacidad del Desarrollo
- Enfermedad Mental
- Otra
- Ninguna

Favor de escribir su discapacidad con más detalle: \_\_\_\_\_

2. ¿Es la discapacidad temporal o permanente?

- DISCAPACIDAD TEMPORAL. Espero que dure por los próximos \_\_\_\_\_ meses.
- DISCAPACIDAD PERMANENTE.
- No lo sé.

3. ¿Usa un animal de servicio? Si su respuesta es afirmativa, favor de describir el tipo de animal.

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

4. ¿Viaja con un Auxiliar de Cuidado Personal (PCA, por sus siglas en inglés) que lo ayuda con las funciones de la vida diaria? (Alguien que necesita para que lo ayude todo el tiempo o parte del tiempo. Un acompañante o invitado no está considerado como PCA).

- SÍ, siempre →
- SÍ, a veces →
- NO

**Necesito ayuda con (marque todo lo que corresponde):**

- Movilidad
- Lectura



## PARTE 5: INFORMACIÓN ACTUAL DE VIAJES

1. Favor de proporcionar dos (2) de sus viajes más frecuentes y cómo llega usted al destino actualmente.

1. Destino: \_\_\_\_\_

¿Cómo llega allí actualmente?  Auto  Autobús  Camioneta/Taxi  Otro \_\_\_\_\_

2. Destino: \_\_\_\_\_

¿Cómo llega allí actualmente?  Auto  Autobús  Camioneta/Taxi  Otro \_\_\_\_\_

2. ¿Qué otros medios de transporte están a su disposición? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PARTE 6: INGRESO FAMILIAR

1. Tomando en cuenta a todos los padres, proveedores de cuidado, parientes, u otros que participen en sus funciones del diario vivir, ¿cuántas personas residen en la dirección proporcionada en la Parte I? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántos vehículos hay en su residencia? \_\_\_\_\_

3. Tomando en cuenta todos los salarios, pagos por discapacidad, pagos del Seguro Social, pensiones, dividendos, inversiones, etcétera, ¿cuál es su ingreso familiar bruto anual? Adjunte la prueba de documentos sobre los ingresos para usted y para todos los miembros de su familia que residen con usted a esta planilla de solicitud completa. **Favor de proporcionar copias de la prueba de documentos sobre los ingresos, ya que no les serán devueltas.**

- **Formas aceptables de la prueba de documentos sobre los ingresos incluyen copias actuales de:** La primera hoja de su declaración de impuestos, Verificación de ingreso por Compensación de Trabajadores, Carta de Beneficios del Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés), Verificación de Ingresos del Seguro Social o Carta de Comprobante de Ingresos (que incluya el programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) y el programa de Seguro por Incapacidad de Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés), Mínimo de (2) talones de pago recientes, Declaración de Jubilación/Pensión (incluye la Pensión de Veteranos)

*Declaración de Impuestos* \_\_\_\_\_ *W2* \_\_\_\_\_ *SSI* \_\_\_\_\_ *SSDI* \_\_\_\_\_

*Pensión* \_\_\_\_\_ *Interés/Dividendos* \_\_\_\_\_ *Compensación de Trabajadores* \_\_\_\_\_

*Parientes* \_\_\_\_\_ *Otro* \_\_\_\_\_

4. ¿Es el total de su ingreso familiar bruto anual igual o menor que el 125 por ciento de nivel federal de pobreza para el ingreso familiar establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos? (ver la Tabla I, a continuación).

SÍ  NO



**Tabla I: 125% de las Normas de Pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos 2021**

Los totales siguientes representan 125% de las Normas de Pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos para hogares que tienen bajos ingresos. Para calificar para el Programa de Transporte TD, el ingreso familiar no puede exceder estas normas.

Vivienda/ Tamaño 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

*El Ingreso Máximo Familiar es revisado  
anualmente.*

**PARTE 7: VERIFICACIÓN PROFESIONAL**

**NOTA:** Esta parte deberá ser completada por uno de los siguientes profesionales que tenga una licencia vigente, antes de devolver esta solicitud a nuestra oficina: Doctor (M.D. o D.O. o D.C.), Audiólogo, Psicólogo, Oftalmólogo, Enfermera Registrada, Trabajador Social Clínico, Especialista de Vida Independiente, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra, Terapeuta Físico, o Especialista de Rehabilitación.

**AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE**

Por la presente autorizo al siguiente individuo nombrado para que proporcione información acerca de mi discapacidad y habilidades para viajar utilizando el Sistema de la Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte y/o las personas que están al servicio de la Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte para que determinen mi elegibilidad para el Transporte de Personas Desventajadas. Tengo entendido que esta información será utilizada únicamente con el propósito de determinar mi elegibilidad para el Transporte de Desventajados y que toda la información médica acerca de mi discapacidad será mantenida confidencialmente.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Estimado Profesional Médico,**

**Para que la presente planilla de solicitud sea movida al procesamiento activo por la Autoridad de Tránsito del Condado de Charlotte con motivo de determinar elegibilidad al programa de Transporte de Desventajados, requerimos que esta planilla sea llenada por completo.**

***Favor de revisar la información proporcionada por el solicitante en Partes 1 - 5 de esta planilla de solicitud y conteste las siguientes preguntas en la Parte 7. (Para el Profesional Licenciado Solamente)***

***Gracias de antemano.***



1. ¿Ha sido el solicitante diagnosticado con una discapacidad cognitivo, mental, física u otra discapacidad? *Favor de listar las discapacidades.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. La discapacidad del solicitante es

PERMANENTE

TEMPORAL..... ¿duración anticipada? Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

3. El solicitante, ¿necesita ayuda de un Auxiliar de Cuidado Personal (PCA) o Acompañante cuando viaja en un vehículo público?

SÍ       NO

**PROFESIONAL MÉDICO**

Firma del profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba con letra de molde o Teclée el Nombre y Título: \_\_\_\_\_

Estado de la Florida u otro estado que corresponda (      ) Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Dirección del lugar de la empresa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**AUTORIDAD DE TRÁNSITO DEL CONDADO DE CHARLOTTE (USO DE OFICINA)**

Solicitud Aprobada

Solicitud Negada

updated 2/3/2022