



Collier Area Paratransit

Aplicación de Transporte Compartido

8300 Radio Road, Naples, Florida 34104

Collier Area Paratransit (CAP) es un servicio público de transporte compartido que esta **SOLAMENTE** disponible para los individuos que no tienen acceso a otro tipo de transportación, incluyendo el servicio de transporte público Collier Area Transit (CAT). El sistema está disponible para los individuos que no pueden obtener o hacer arreglos de transportación por sus propios medios o los de sus amigos, familia o voluntarios. El programa de CAP provee servicio de transportación para los individuos elegibles a través de varios programas de fondos, incluyendo el Departamento de Transportación de la Florida, Agencia para personas discapacidad (ADA), y Florida Commission for the Transportation Disadvantaged (TD). CAP puede ser usado para citas medicas, trabajo, escuela y otros dependiendo el programa para el que está calificado. La intención de la información solicitada en esta aplicación es para ayudarnos a determinar el programa de fondo por el cual usted califica en evento de que el servicio regular de Collier Area Transit no pueda ser usado.

Las guías de calificación para cada programa están explicadas al seguir. Si usted no está seguro si califica, tiene alguna pregunta, o necesita asistencia llenando la aplicación, por favor llamar al departamento de Servicio al Cliente al (239) 252-7272 o a las oficinas de CAT al (239) 252-7777.

Para TRANSPORTACION DE MEDICAID, por favor llamar al (866) 453-1481.

Para TTY/TDD llamar al (800) 955-1339.

Calificaciones de ADA

- El origen y destino de su viaje debe ser en el corredor de ADA. El **corredor de ADA** se define como el corredor de servicio que se extiende tres-cuartos (3/4) de millas a cualquier lado del servicio de transporte público CAT.
- El solicitante debe tener una discapacidad reconocida verificada por un medico profesional que los previene de usar el servicio de transporte público de CAT independiente todo el tiempo, o solo bajo ciertas circunstancias.
- La elegibilidad es una determinación funcional de la habilidad del solicitante a usar el servicio de transporte público de CAT y no simplemente un diagnostico medico o psiquiátrico.
- **SERVICIO:** Los viajes son disponibles durante las mismas horas de operaciones publicadas en el horario del transporte público de CAT.

Calificaciones de TD

- Los viajes pueden ser a cualquier lugar dentro del condado de Collier pero el origen y/o destino del viaje del solicitante tienen que ser afuera del corredor de ADA, mas de tres-cuartos (3/4) de millas a cualquier lado del servicio de transporte público CAT.
- “Transporte a desfavorecidos” quiere decir aquellas personas
 - Quienes por su discapacidad física o mental, estado económico, o edad;
 - No pueden transportarse a sí mismo o para comprar transportación;
 - Y son, por lo tanto, dependientes de otros para obtener acceso a cuidado de salud, empleo, educación, compras, actividades sociales, o otras actividades que sostienen la vida;
 - O niños de preescolar que son minusválido o de alto riesgo o en riesgo como definido en el §411.202.

- El solicitante no puede obtener su propia transportación por una discapacidad, edad, o ingreso.
- El solicitante debe verificar que no tiene disponible otro recurso o acceso a transportación, incluyendo la habilidad de comprar transportación, como un taxi.
- El solicitante debe verificar su ingreso anual del hogar. Esto incluye todas las personas del hogar.
- La elegibilidad es una determinación funcional de la habilidad del solicitante a usar el servicio de transporte público de CAT y no simplemente un diagnostico medico o psiquiátrico.
- SERVICIO: Los viajes son disponibles de lunes a viernes entre las horas de 4:00 am a 6:00 pm. Sábados y domingos están reservados para viajes médicos solamente.

Programa de pase de autobús

- No califica para los programas de ADA o TD? Pregunte acerca del Programa de pase de autobús: (239) 252-7272.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA APLICACION

1. Por favor de escribir con letra de molde o legible cuando llene esta aplicación. Llene todas las secciones requeridas de la aplicación, devuelva toda información requerida, y firme donde indica.
2. **LAS APLICACIONES ILEGIBLE, INCOMPLETAS, Y/O NO FIRMADAS NO SERAN ACEPTADAS Y SERAN DEVUELTAS. ESTO CUSARA UNA TARDANSA EN SU DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD.**
3. **SI USTED ESTA SOLICITANDO PARA ADA, LA SECCION DE VERIFICACION MÉDICA ES REQUERIDA** Y debe ser llenada por un médico aceptado profesional (vea la lista arriba de la forma de verificación).
4. **SI USTED ESTA SOLICITANDO PARA TD Y TIENE UNA DISCAPACIDAD LA SECCION DE VERIFICACION MÉDICA ES REQUERIDA** y debe ser llenada por un médico aceptado profesional (vea la lista arriba de la forma de verificación).
5. **SI USTED ESTA SOLICITANDO PARA TD Y NO TIENE UNA DISCAPACIDAD LA SECCION DE VERIFICACION MÉDICA NO ES REQUERIDA.**
6. **SI USTED ESTA SOLICITANDO PARA TD, prueba de ingreso es requerida.** Las pruebas de ingreso aceptables son estados de cuentas de pensión, beneficios de desempleo, o cobro actuales.
7. Completando esta aplicación no certifica automáticamente al solicitante para servicios de paratransito.
8. El proceso de certificación puede involucrar una entrevista telefónica y/o aseso personal funcional para determinar si y como pueden ser las necesidades del solicitante resueltas. CAP va a pagar el asesoramiento funcional como también proveer transporte hacia y de la evaluación si es necesario.
9. Todos los solicitantes serán notificados sobre el resultado de su aplicación.
10. **EL PROCESO DE ESTA APLICACIÓN PUEDE TOMAR HASTA 21 DIAS CALENDARIOS.** El periodo de 21 días comienza DESPUES de recibida la aplicación completa.

SOLO PARA USO OFICIAL – NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Date Received: _____ Incomplete/Illegible? _____ Date: _____
Review Start Date: _____ New Application: _____ Approved: _____ Date: _____
 Re-certification: _____ Denied: _____ Date: _____
Reason for Denial: _____

Initial Reviewer: _____ Date: _____
Final Reviewer: _____ Date: _____
PCA Needed: YES NO Funding Source: ADA Other: _____
 TD Bill Code: _____
TT Required: YES NO Date: _____

SECCION 1 – TODO SOLICITANTE (POR FAVOR USE LETRA MOLDE)

INFORMACION GENERAL

Por Favor marque el programa por el cual está aplicando:

ADA Transportación a Desfavorecidos (TD) Los Dos

Marque aquí si usted es un pasajero de paratransito actual

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenina

Apellido: _____ Nombre: _____ S.I. _____

Dirección: _____ Apto.#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de Subdivisión, Nombre de Complejo de Edificio, o información adicional necesaria para encontrar la dirección: _____

¿Se requiere código para entrar? SI NO Numero Código _____

Teléfono casa: _____ Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

Es esto una Casa Apartamento Enfermería ACLF/ALF Casa de embarque

¿Tiene la comunidad en que vive un vehículo para el transporte de los residentes? SI NO

¿Alguna vez ha sido transportado por ese servicio? SI NO

Dirección postal (si difiere del anterior): _____

¿Necesita materiales o la correspondencia en un formato alternativo? Por favor especifique;

Letras Grandes Audio Computadora Otro _____

Si alguien ayudó al solicitante a completar esta solicitud, por favor especifique;

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

¿Pueden ayudarle con sus arreglos de viaje en el futuro? SI NO

CONTACTO DE EMERGENCIA: Nombre y número de teléfono de alguien que podemos llamar en caso de emergencia.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

INFORMACION DE VIAJE

1. ¿Cómo viaja actualmente a sus citas o para otras actividades como ir de compras? _____

2. ¿Alguna vez ha utilizado el servicio de transporte regular de Collier Area Transit? SI NO

3. Por favor, indique a continuación las razones por las que usted está buscando la elegibilidad de paratransito: **(marque todas las opciones que le apliquen)**

No sé cómo utilizar el servicio regular de autobuses de Collier Área Transit, pero podría usarlo con entrenamiento.

No puedo usar el servicio regular de autobuses de Collier Area Transit para todos mis viajes por la zona que sirve.

Nunca puede utilizar los servicios regulares de autobús de Collier Area Transit debido a mi incapacidad. Escriba la razón:

Otras razones _____

NOTA: Todos los autobuses de Collier Area Transit son accesibles con sillas de ruedas. Por lo tanto, el uso de una silla de ruedas no justifica automáticamente el uso del servicio del paratransito.

INFORMACION DE MOVILIDAD

1. El peso del solicitante: _____ lbs.

Silla de ruedas (si aplica): Peso _____ lbs TAMANO: Ancho _____ largo _____

2. Por favor, marque la ayuda de movilidad correspondiente (s) o los equipos enumerados a continuación que usted utiliza para ayudarle cuando usted viaja.

Scooter/Silla de ruedas Eléctrico

Tanque de oxígeno

Andador

Scooter/Silla de ruedas Manual

Bastón

Animal de Servicio

Otro (especifique): _____

NOTA: Collier Area Paratransit no puede acomodarle si su silla de ruedas o scooter excede algunas de los siguientes criterios: 1) 48 pulgadas de largo; 2) 30 pulgadas de ancho; o pesa más de 600 libras cuando ocupado.

DESTINOS COMUNES

Lista de los médicos, centros médicos u otros lugares que visita de forma regular y cómo viaja actualmente a sus citas.

- a. Nombre de Doctor/Complejo Medico _____
Numero Teléfono _____
Dirección _____

- b. Nombre de Doctor/ Complejo Medico _____
Numero Teléfono _____
Dirección _____

- c. Otro destino no-medico _____
Dirección _____

- d. Otro destino no-medico _____
Dirección _____

SECCION 2 – SOLO SOLICITANTES DE TD
--

NOTA: Prueba de ingreso es requerida. Por favor someta con la aplicación completada.

1. Para poder determinar si usted califica para Transportación a Desfavorecidos (TD), por favor conteste lo siguiente;

_____ # De personas en su hogar \$ _____ Total de Ingreso Anual del hogar

2. Cuántos vehículos personales son propiedad o utilizados por los miembros de su hogar?

- 0
- 1
- 2 o mas

3. ¿Están esos vehículos disponibles para su uso? Si no es así, indique por qué:

SECCION 3 – TODO SOLICITANTE

CERTIFICACION DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información contenida en esta aplicación se mantendrá confidencial y sólo compartida con los profesionales envueltos en la evaluación de mi elegibilidad para el **servicio compartido del paratransito**. Yo certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que el proporcionar información falsa o engañosa, o hacer declaraciones falsas en nombre de los demás constituye un fraude y es considerado un delito grave bajo las leyes del Estado de la Florida. Yo autorizo al/los profesional(es) listados para entregar información al programa de Collier Area Paratransit acerca de mi incapacidad y sus efectos en mi capacidad de viajar en el servicio de autobús regular de Collier Area Transit. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito al programa de Collier Area Transit.

ESTA APLICACION DEBE SER FIRMADA

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Si el solicitante no puede firmar esta forma, el/ella puede tener a alguien que firme y certifique en su lugar.

Firma de Delegada por el solicitante: _____ **Fecha:** _____

Emprima Nombre: _____

Relación al solicitante: _____

CUANDO COMPLETADA, POR FAVOR

ENVIAR APLICACION A:

**Collier Area Paratransit Program
CAT OPERATIONS CENTER
8300 RADIO ROAD
NAPLES, FL 34104**

O MANDAR APPLICATION POR FAX AL:

(239)252-4464

MEDICAL VERIFICATION (*Must be completed by accepted medical professional*)

FOR ADA OR if you are applying for TD due to a medically verified physical or cognitive condition, impairment, or disability: A Medical Verification Form must be completed and signed by a licensed medical professional. Accepted medical professionals include:

- Medical Doctor
- Doctor of Osteopathic Medicine
- Doctor of Chiropractic
- Occupational Therapist - Licensed and Registered
- Audiologist
- Ophthalmologist
- Psychologist
- Registered Nurse
- Physical Therapist
- Licensed Practical Nurse

Dear Medical Professional:

In order to process this applicant's request for Collier Area Paratransit (CAP) eligibility, we require this form be completed. Only licensed medical professionals having knowledge of the applicant's functional ability to use the **Collier Area Transit (CAT)** public transportation bus service should complete this form. CAP is the shared-ride door-to-door service and CAT is the public transportation bus service.

All CAT public transportation bus service vehicles are wheelchair accessible and equipped with wheelchair lifts. Therefore, use of a wheelchair does not automatically justify use of paratransit service. Bus operators or automatic systems announce major streets and intersections and/or all vehicles are equipped with automated enunciators.

Thank you for your assistance.

For more information, please contact:

Collier Area Paratransit Program Customer Service

Phone: (239) 252-7272 or (239) 252-7777

Fax: (239) 252-4464 or (239) 252-5753

Email: AltTransmodes@colliergov.net

MEDICAL VERIFICATION – ADA & TD DISABILITY APPLICANTS
(MUST BE COMPLETED BY MEDICAL PROFESSIONAL)

APPLICANT'S NAME: _____ **Date of Birth:** ____/____/____

1. **Yes** **No** Has this person been diagnosed with a cognitive, mental, physical, or other disability preventing use of the CAT public transportation bus service?

If yes, please list and explain how the disability/disabilities prevent the applicant from using the CAT public transportation bus service: _____

2. **Yes** **No** Does this person require a Personal Care Attendant (PCA) while traveling?

3. How long has this disability been present? _____

Is the disability **permanent** or **temporary**?

If temporary, how long? _____

4. Please describe any other medical conditions this person has at this time and severity, in detail, including any restrictions, limitation, and prognosis _____

5. How long have these conditions been present? _____

Is condition **permanent** or **temporary**?

6. Is this person able to:

Yes **No** Communicate addresses, destinations, and phone numbers?

Yes **No** Read and/or monitor time?

Yes **No** Ask for, understand, and follow instructions?

Yes **No** Deal with unexpected situations or changes in routine?

Yes **No** Safely and effectively travel through crowded or complex facilities?

In signing, I acknowledge that, to the best of my knowledge, the information in this evaluation form is true and correct. I understand that providing false or misleading information could result in the re-examination of the eligibility status of the applicant as well as prosecution to the maximum extent allowed by the laws of the state of Florida.

Signature: _____ Date: _____

Print or type Name and Title: _____

State of Florida License Number: _____

Business Address: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____