



# Collier Area Paratransit

Aplicación de Transporte Compartido

8300 Radio Road, Naples, Florida 34104

Collier Area Paratransit (CAP) es un servicio público de transporte compartido de puerta-a-puerta que es **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 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 médicas, 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.

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

Para **TRANSPORTACION DE MEDICAID**, por favor llamar al (877) 254-1055.

Eligibility Criteria	
ADA	TD
<ul style="list-style-type: none"> <li>El origen y destino de su viaje debe ser en el corredor de ADA,<sup>a</sup></li> <li>Usted tiene una discapacidad reconocida verificada por un medico profesional,</li> <li>O usted no puede utilizar el servicio de CAT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El origen y destino de su viaje debe ser afuera del corredor de ADA pero dentro del Condado de Collier</li> <li>Usted tiene una discapacidad física o mental, estado económico, o edad; que le previene transportarse a sí mismo o comprar transportación;</li> <li>O usted es un niño de preescolar minusválido o de alto riesgo o en riesgo.</li> </ul>

- 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.
- El proceso de certificación de ADA 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. El asesoramiento en persona comienza con una entrevista de uno a uno, diseñado para que el solicitante provea detalles acerca de sus habilidades de viaje. Durante la entrevista, el asesor determina si el solicitante puede participar cuidadosamente en el proceso de asesoramiento funcional. Un asesoramiento mobiliario se enfoca en cada habilidad funcional and cognitivo del solicitante. A través de las evaluaciones, el evaluador puede determinar barreras

<sup>a</sup> Corredor de ADA – ¾ milla de una ruta de CAT.

ambientales, arquitectónicas y personales que pueden afectar la capacidad del solicitante de forma independiente y segura de tener acceso al transporte público.

- Todos los solicitantes serán notificados sobre el resultado de su aplicación.
- **EL PROCESO DE ESTA APLICACIÓN PUEDE TOMAR HASTA 21 DIAS CALENDARIOS.** El periodo de 21 días comienza DESPUES de recibida la aplicación completa.
- **Entrenamiento de Viaje** es un servicio GRATIS que se ofrece y crea oportunidades para la comunidad enseñándole como usar el servicio de autobús de CAT (ruta fija). El entrenador de viaje trabajara con usted individualmente o en grupo pequeño para enseñarle las habilidades necesarias para llegar a su destino sin percances y independientemente. El entrenador de viaje trabajara con usted hasta que este capas y confidente a viajar su ruta por sí mismo.

### **RECUERDE MIENTRAS COMPLETA ESTA APLICACION**

1. Escribir con letra de molde o legible, **LAS APLICACIONES ILEGIBLE, INCOMPLETAS, Y/O NO FIRMADAS NO SERAN ACEPTADAS Y SERAN DEVUELTAS. ESTO CUSARA UNA TARDANSA EN SU DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD.**
2. Para confirmar 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).
3. **PRUEBA DE INGRESO ES REQUERIDA SI UN CO-PAGO REDUCIDO ES REQUERIDO.** Las pruebas de ingreso aceptables son estados de cuentas de pensión, beneficios de desempleo, o cobro actuales.
4. Complete todas las secciones de la aplicación requeridas, devuelva toda la información requerida y firme donde indica.

**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. Los operadores o sistema automático anuncian las calles principales e intercesiones y/o todos los vehículos están equipados con anunciadores automáticos.**

OFFICE USE ONLY - DO NOT WRITE IN THIS SPACE

Customer ID#: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_ Initial Reviewer: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Review Start Date: \_\_\_\_\_ Final Reviewer: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

New Application:  Approved  Temporary  Conditional: \_\_\_\_\_  
 Re-certification:  Denied  Permanent

PCA Needed:  YES  NO Funding Source:  ADA  TD  
Assessment: Date \_\_\_\_\_ TT Requested:  YES  NO

**SECCION 1 – INFORMACION GENERAL (POR FAVOR USE LETRA MOLDE)**

- Marque aquí si usted es un pasajero de paratransito actual
- Marque aquí si usted recibe Medicaid u otro programa que pague transportación.

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenina

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ S.I. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. #: \_\_\_\_\_

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

Teléfono casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Dirección postal (si difiere del anterior): \_\_\_\_\_

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

¿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: \_\_\_\_\_

¿Autoriza a esta persona con sus arreglos de viaje en el futuro?  SI  NO

Nombre personas adicionales que autoriza asistirle con viajes en el futuro:

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

**NOTA: Collier Area Paratransit ofrece entrenamiento de viaje para enseñarle a individuos como usar el servicio de CAT. La participación en entrenamiento de viaje no afectará su elegibilidad para el servicio de Paratransito ADA.**

Marque aquí si está interesado en recibir información adicional de entrenamiento de viaje.

### **INFORMACION DE MOVILIDAD**

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.

1. 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

Silla de ruedas Manual

Bastón

Animal de Servicio

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**NOTA: Collier Area Paratransit transportará todas las máquinas mobiliarias que midan 48 pulgadas de largo, 30 pulgadas de ancho, y pesan entre 800 a 1000 libras cuando ocupada.**

### **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 – SOLICITANTES DE TD O CO-PAGO REDUCIDO**

**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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA: Pruebas de ingreso aceptables son estados de cuentas de pensión/Seguro social, beneficios de desempleo, estados de cuentas o cobro actuales.**

**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 APLICACION 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](mailto:AltTransmodes@colliergov.net)**

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

**APPLICANT'S NAME:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

4. What are the disability/ies or health conditions that affect the applicant's ability to use the Collier Area Transit bus service (fixed route)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

6. How long has this disability been present? \_\_\_\_\_

Is the disability  permanent,  temporary or  progressive?

If temporary, how long? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. How long have these conditions been present? \_\_\_\_\_

Is condition  permanent  temporary or  progressive?

9. 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: \_\_\_\_\_