



CATConnect

Aplicación de Transporte Compartido

8300 Radio Road, Naples, Florida 34104

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

- 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. CATConnect 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

^a Corredor de ADA – ¾ milla de una ruta de CAT.

determinar barreras 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 ADA \$1.00 \$3.00

TD \$1.00 \$3.00 \$4.00

PCA Needed: YES NO Funding Source: ADA TD Approval Basis: _____

Assessment: Date _____ TT Requested: YES NO _____

ADA Approval: _____

TD Approval: _____

Conditional / Temporary: _____

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

Marque aquí si usted es un pasajero de CATConnect 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: CATConnect 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: CATConnect 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 CATConnect 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:

**CATConnect Program
CAT Operations Center
8300 RADIO ROAD
NAPLES, FL 34104**

O MANDAR APLICACION POR FAX AL:

(239)252-4464

O MANDAR APLICACION POR EMAIL A:

CATConnect@colliercountyfl.gov

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 CATConnect 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. CATConnect 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:

CATConnect Program Customer Service

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

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

Email: CATConnect@colliercountyfl.gov

Para información adicional puede ir a nuestra página de web www.goCATbus.com.

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: _____