

## Solicitud para el Servicio de Transporte Passport de LeeTran

- ❖ El solicitante o cuidador rellena la Solicitud para el Servicio de Transporte para Discapacitados.
- ❖ El solicitante o cuidador rellena el formulario de contactos de emergencia.
- ❖ Un médico autorizado con licencia rellena el formulario de Certificación Médica.
- ❖ El solicitante o cuidador presenta (bajo solicitud) una copia adicional de su discapacidad o deficiencia médica actual, provista por un médico o profesional de atención médica.
- ❖ Todo solicitante de servicios de transporte para desfavorecidos (programa TD) **debe presentar pruebas de ingresos familiares.**
- ❖ El solicitante presenta una copia de su documento de identidad con fecha de nacimiento emitido por el gobierno.
- ❖ El solicitante puede entregar sus formularios rellenos en persona o enviarlos por fax o correo a la dirección provista más abajo.

**Presente su solicitud completa:** Estamos obligados a hacer todo lo posible por verificar sus ingresos y datos médicos para determinar si cumple con los requisitos del programa. Los campos en blanco en su solicitud no se consideran estar completos y pueden afectar cuán oportunamente podríamos determinar si usted cumple con los requisitos del programa. Las solicitudes completadas del programa TD deben incluir toda la información solicitada. Se requiere que usted presente documentos de identidad y documentos pertinentes en comprobación de sus ingresos al momento de presentar su solicitud. **La autodeclaración de ingresos no se acepta.**

- Para más información acerca del programa, lea la Guía para Pasajeros Usuarios del Servicio de Transporte Passport de LeeTran, en [Guía del Pasajero de Passport](#).
- Si tiene cualquier pregunta sobre este proceso, comuníquese con la oficina del servicio Passport mediante el número de teléfono que figura a continuación.

Si es usuario de teléfonos de texto (TTY), llame al 711. Formatos accesibles están disponibles a pedido.



**Lee County Transit - LeeTran Passport Services**  
**3401 Metro Parkway**  
**Fort Myers, FL 33901**  
**Número de teléfono: (239) 533-0300**  
**Número de fax: (239) 432-2035**



Lee County Transit - LeeTran Passport Services  
3401 Metro Parkway  
Fort Myers, FL 33901  
Número de teléfono: (239) 533-0300  
Número de fax: (239) 432-2035

## FORMULARIO DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL SOLICITANTE/PASAJERO: \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO(S) DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**Introducción al Servicio de Transporte Passport**

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 prohíbe la discriminación y garantiza la igualdad de oportunidades y acceso para las personas con discapacidades. El servicio de transporte para personas discapacitadas del condado de Lee, llamado Passport, se ofrece en estricta conformidad con la ADA. Passport es un servicio de transporte compartido puerta a puerta para personas con discapacidades físicas, cognitivas, visuales o de otro tipo, que les impiden funcionalmente usar el sistema de rutas fijas de autobús de LeeTran, sea permanentemente o en ciertas condiciones.

El programa Passport presta servicios de transporte respaldados por la Administración Federal de Tránsito (FTA) y la Comisión de Florida para el Transporte para Desfavorecidos (TD). El servicio Passport puede usarse para las citas médicas, el trabajo y otros viajes en función del programa financiador al cual el solicitante tenga derecho.

**Requisitos a cumplir conforme con la ADA**

Los requisitos a cumplir para tener derecho al servicio de transporte para discapacitados están directamente relacionados con la capacidad funcional de las personas discapacitadas de usar los servicios de transporte de ruta fija. Dichos requisitos no se basan en un diagnóstico ni en ciertos tipos de discapacidades. El hecho de estar discapacitado en sí no le da derecho ni crea idoneidad para el servicio Passport.

Hay tres categorías bajo las cuales una persona puede cumplir los requisitos para el servicio de respuesta a la demanda:

**Categoría 1:** Esta categoría incluye a las personas que, debido a su discapacidad, no pueden independientemente usar un autobús accesible regular. **Categoría 2:** En esta categoría la idoneidad de los solicitantes se basa en la accesibilidad de los vehículos y terminales / paradas (es decir, la persona puede usar el autobús regular, pero éste no es accesible). **Categoría 3:** En esta categoría la idoneidad de los solicitantes corresponde a aquellas situaciones en las que una persona no puede viajar independientemente hacia o desde una parada de autobús.

**Requisitos a cumplir para el servicio de Transporte para Desfavorecidos (TD)**

El programa TD es un programa de "último recurso" para aquellas personas, incluidos los niños según se define en el estatuto 411.202 de Florida, que debido a discapacidades físicas o mentales, situación financiera, o incapacidad de conducir debido a su edad o discapacidad, no pueden transportarse a sí mismos ni pagar por su transporte y carecen de acceso a cualquier otro recurso para su transporte. Estas personas, por lo tanto, dependen de otras personas para obtener acceso a la atención médica, el empleo, los estudios, las compras o actividades de mantenimiento vital o necesarias desde el punto de vista médico.

Criterios de Elegibilidad	
ADA	TD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El punto de partida y el destino de su viaje se encuentran dentro de ¼ de milla de una ruta fija.</li> <li>• Usted tiene una discapacidad reconocida verificada por un profesional médico.</li> <li>• A usted le es imposible usar la ruta fija de LeeTran.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquellas personas quienes debido a una discapacidad física o mental, situación financiera o edad no pueden transportarse a sí mismos ni pagar por su transporte, o los niños discapacitados o en alto riesgo o en situaciones de riesgo.</li> <li>• Los ingresos familiares deben satisfacer un máximo del 200% de los niveles actuales de pobreza establecidos por el gobierno federal.</li> </ul>

## **Procedimientos para la Determinación de Elegibilidad**

La determinación de la elegibilidad para el servicio de paratransito según la ADA y para el programa de Transporte para Personas Desventajadas (TD), incluida la aplicación de la elegibilidad condicional por viaje, a menudo requiere más que una solicitud en papel. Pueden ser necesarias entrevistas en persona y evaluaciones funcionales para determinar si una persona puede realizar las tareas necesarias para utilizar el servicio de ruta fija de manera independiente.

Las entrevistas, realizadas en persona o por teléfono, permiten al personal de elegibilidad recopilar información adicional según sea necesario. A través de una entrevista en persona, un evaluador también puede identificar barreras ambientales, arquitectónicas o personales que podrían afectar la capacidad del solicitante para acceder al transporte público de manera segura e independiente.

**De acuerdo con la Circular 4710.1 de la Administración Federal de Tránsito (FTA)**, Capítulo 9.5.1, las agencias de tránsito que requieren entrevistas en persona y evaluaciones funcionales consideran que las solicitudes están completas al concluir la entrevista y la evaluación, no cuando se recibe inicialmente la solicitud.

## **Procesamiento de Solicitudes**

El procesamiento de las solicitudes de Passport puede tardar hasta 21 días calendario. El período de 21 días comienza una vez que se recibe una solicitud completa, incluida toda la documentación de respaldo requerida. Si no se toma una decisión dentro de los 21 días posteriores a la recepción, el solicitante será considerado elegible y se le concederá acceso a los servicios de transporte, a menos que la solicitud sea denegada posteriormente.

## **Requisitos de la Solicitud**

La Solicitud de Passport y el Formulario de Certificación Médica deben estar completamente llenados y firmados antes de su entrega. El Formulario de Certificación Médica debe ser completado por un profesional médico autorizado.

## **Transporte de Medicaid**

**LeeTran no es el proveedor del transporte de Medicaid.** Los clientes de Medicaid pueden recibir sus servicios de transporte de Medicaid a través del proveedor de Asistencia Médica Administrada (MMA) de Florida. Los clientes de Medicaid deben llamar a la línea de ayuda con las inscripciones de Medicaid para informarse sobre cómo inscribirse en el programa MMA, sus beneficios y el **transporte médico de Medicaid al 1-800-226-6735**.

## **¿Qué pasa si me aprueban para recibir el servicio?**

Si lo aprueban para recibir el servicio de transporte Passport, usted recibirá una carta por correo que le explicará cómo usar el servicio. Usted debe pagar \$3.00 por su pasaje cada vez que se sube al vehículo. Debe hacer sus reservaciones para el viaje con al menos 24 horas de anticipación para los viajes mediante el servicio de transporte conforme con la ADA, y con al menos 48 horas de anticipación para los viajes mediante el servicio de transporte del programa TD.

## **¿Qué pasa si no me aprueban para recibir el servicio? ¿Cómo apelo la decisión?**

Si no le aprueban su solicitud, recibirá la razón por la cual no la aprobaron por escrito. Usted también recibirá el formulario del programa Passport para apelar la decisión y el procedimiento de apelación. Tiene sesenta (60) días corrientes para apelar la decisión. LeeTran se comunicará con usted por teléfono para programar una audiencia de apelación. Si fuese necesario, puede recibir servicios de transporte a la audiencia sin costo.

## **AL RELLENAR ESTA SOLICITUD NO SE OLVIDE**

1. Escribir a máquina o en letra de molde legiblemente, **NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES ILEGIBLES / INCOMPLETAS NI AQUELLAS NO FIRMADAS. ESTO CAUSARÁ UNA DEMORA EN LA DETERMINACIÓN DE SU IDONEIDAD.** Por favor revise la solicitud cuidadosamente antes de presentarla.
2. Para confirmar su discapacidad, **SE REQUIERE EL FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA**, que un profesional médico debe rellenar.
3. **SE REQUIEREN PRUEBAS DE INGRESOS FAMILIARES PARA TODOS LOS SOLICITANTES DEL SERVICIO DE TRANSPORTE PARA DESFAVORECIDOS.** Tipos de pruebas aceptables de ingresos son:

<ul style="list-style-type: none"><li>• Declaración de impuestos, año actual</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Verificación de ingresos del subsidio de desempleo</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Carta de manutención de menores</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Carta de ingresos del Seguro Social (SSA, SSI, SSDI)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Un mínimo de dos (2) recibos de sueldo de su empleador de los últimos dos meses</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estado de cuenta de pensión o jubilación (incluso de la Administración de Veteranos, o VA)</li></ul>

**Presente su solicitud completa:** Estamos obligados a hacer todo lo posible por verificar sus ingresos y datos médicos para determinar si cumple con los requisitos del programa. Los campos en blanco en su solicitud no se consideran estar completos y pueden afectar cuán oportunamente podríamos determinar si usted cumple con los requisitos del programa. Las solicitudes completadas del programa TD deben incluir toda la información solicitada. Se requiere que usted presente documentos de identidad y documentos pertinentes en comprobación de sus ingresos al momento de presentar su solicitud. **La autodeclaración de ingresos no se acepta.**

Si no está seguro de si cumple los requisitos, tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar esta solicitud, por favor llame a nuestro departamento de atención al cliente al (239) 533-0300. Si tiene preguntas adicionales, por favor lea la Guía para Pasajeros Usuarios del Servicio de Transporte Passport en [Guía del Pasajero de Passport](#).



## SECCIÓN 2 - DATOS ACTUALES SOBRE EL TRANSPORTE

(1) ¿Cómo viaja a sus destinos? \_\_\_\_\_

(2) Comparta una lista de los destinos que más frecuenta.

---

---

---

(3) ¿Actualmente usa los servicios de autobús de LeeTran (el autobús de la ciudad)? \_\_\_\_\_

Si los usa, ¿cuáles rutas usa, y cuán frecuentemente? \_\_\_\_\_

(4) ¿Le interesaría recibir capacitación sobre cómo usar el sistema de autobuses del condado de Lee? (es decir, capacitación sobre cómo desplazarse en su silla de ruedas/trasladarse para usar el sistema).

No  Sí, por favor explique \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 3 - DISCAPACIDADES Y CAPACIDADES FUNCIONALES

(1) ¿Qué tipo de discapacidades le impiden usar los autobuses de LeeTran o su propio medio de transporte?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física         | <input type="checkbox"/> Trastorno visual/ceguera |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental        |
| <input type="checkbox"/> Otra                        | <input type="checkbox"/> Ninguna                  |

(2) Por favor describa en detalle cómo su discapacidad le impide usar los autobuses de LeeTran. \_\_\_\_\_

---

---

(3) Dispositivos de ayuda para la movilidad:

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual             | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual con soportes | <input type="checkbox"/> Soportes |
| <input type="checkbox"/> Muletas                            | <input type="checkbox"/> Perro guía/animal de servicios      | <input type="checkbox"/> Bastón   |
| <input type="checkbox"/> Scooter/Silla de ruedas eléctrica  | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil                    | <input type="checkbox"/> Andador  |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones anteriores | <input type="checkbox"/> Otro                                |                                   |

(4) ¿Necesita usted la ayuda de un asistente de atención personal (alguien que debe ayudarlo con las actividades y funciones de la vida diaria y que debe ayudarlo con sus necesidades de transporte)?

Sí, necesito ayuda con:

Alimentación       Movilidad       No

Medicamentos       Lectura       Otra cosa

(5) Con el uso de un dispositivo de ayuda para la movilidad o por su cuenta, ¿qué tan lejos puede usted deambular (usar una silla de ruedas)?

Puedo deambular (silla de ruedas) hasta 1/4 de milla

3 cuadras

Otra respuesta \_\_\_\_\_

(6) ¿Puede usted esperar por diez (10) minutos en una parada de autobús?

Sí

Sí, sólo si la parada tiene un banco

No, explique \_\_\_\_\_

(7) Indique las opciones que correspondan a su capacidad de caminar al aire libre y llegar hasta y desde las paradas de autobús por sí mismo.

Sí, puedo caminar al aire libre.

Casi siempre/algunas veces, puedo caminar al aire libre.

No puedo llegar a lugares si no hay rampas en las aceras.

Me confundo y no sé por dónde ir.

No puedo si la calle o la acera es demasiado empinada.

No, mi discapacidad me impide caminar al aire libre.

No puedo cruzar las calles e intersecciones muy transitadas.

No me siento seguro viajando solo.

No puedo viajar afuera cuando hace demasiado calor.

De noche no sé por dónde ir debido a un trastorno visual.

(8) Por favor describa las circunstancias que lo limitan o le impiden caminar al aire libre.

---

---

(9) ¿Puede usted subir hasta tres (3) escalones o una rampa sin la ayuda de otra persona?

Sí  No, por favor explique

---

#### SECCIÓN 4 - HABILIDADES COGNITIVAS

(1) ¿Es usted capaz de hacer lo siguiente?

A. **¿Dar su nombre, dirección y número de teléfono?**

Siempre  Algunas veces  Nunca  No estoy seguro

B. **¿Reconocer destinos, puntos de referencia o paradas de autobuses?**

Siempre  Algunas veces  Nunca  No estoy seguro

C. **¿Solicitar y comprender indicaciones escritas u orales?**

Siempre  Algunas veces  Nunca  No estoy seguro

D. **¿Cambiar de un autobús a otro con la ayuda de un conductor de LeeTran?**

Siempre  Algunas veces  Nunca  No estoy seguro

E. **¿Usar el teléfono para obtener información?**

Siempre  Algunas veces  Nunca  No estoy seguro

**SECCIÓN 5 – SOLICITANTES DEL SERVICIO DE TRANSPORTE PARA DESFAVORECIDOS (TD)**

**Basado en ingresos / falta de transporte (se requiere presentar pruebas de ingresos familiares)**

(1) Para poder determinar si usted cumple los requisitos del programa TD, por favor conteste las siguientes preguntas:

\_\_\_\_\_ Nro. de personas en su hogar \$ \_\_\_\_\_ **Total** de ingresos anuales familiares

(2) Nombre(s) de la(s) persona(s) en su hogar	¿Es familiar suyo?	¿Esta persona, es dueña de un automóvil?
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(3) ¿Puede usted manejar un automóvil, aunque sea por cortas distancias?  No  Sí

(4) ¿Es usted, u otra persona que viva con usted, propietario de un automóvil?  No  Sí

(5) ¿Cuántos vehículos personales son propiedad de o usan los miembros de su hogar?

0       1       2       3 o más

(6) Indique los números de matrícula de las placas de los vehículos en el hogar:

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

(7) ¿Están estos vehículos a su disposición? Si no, explique por qué no lo están:

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

(8) ¿Tiene familiares o amistades que vivan en el condado donde usted vive?  No  Sí

(9) Esta(s) persona(s), ¿alguna vez le han transportado al médico?  No  Sí

(10) Esta(s) persona(s), ¿lo llevarían al médico si usted se lo(s) pidiera?  No  Sí

**SECCIÓN 6 - VERIFICACIÓN**

Quien consciente e intencionalmente falsifique u oculte algún hecho pertinente se le multará no más de \$10,000 o se le encarcelará no más de cinco (5) años (Código de EE. UU. 18 U.S.C. Sección 1001, 1982).

Bajo pena de ley, por el presente certifico que la información provista anteriormente es correcta.

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

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

**Representante/Poder judicial:** \_\_\_\_\_

Si alguien aparte de la persona que solicita la certificación ha rellenado esta solicitud, por favor proporcione los siguientes datos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Número de Fax: \_\_\_\_\_

**LeeTran Passport Services  
3401 Metro Parkway  
Fort Myers, FL 33901**

COMENTARIOS ADICIONALES

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