

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE TRANSPORTE PARA DESFAVORECIDOS (TD)

- ❖ El solicitante o cuidador rellena la Solicitud del Programa TD
- ❖ El solicitante o cuidador rellena el formulario de contactos de emergencia.
- ❖ Todo solicitante **debe** presentar pruebas de ingresos familiares.
- ❖ El solicitante presenta una copia de su documento de identidad con fecha de nacimiento emitido por el gobierno.
- ❖ Los solicitantes pueden presentar sus formularios rellenos en persona o enviarlos por fax o correo a la dirección provista más abajo.

Servicio de transporte para desfavorecidos puerta a puerta: El servicio de transporte para desfavorecidos puerta a puerta se presta para las actividades relacionadas con la atención médica, el empleo, los estudios, las compras, la vida social y otras actividades de mantenimiento vital. Los pasajeros de viajes no esenciales (de compras, con fines recreativos, etc.) se transportarán a las instalaciones más cercanas.

Requisitos a cumplir: El programa TD es un programa de "último recurso" para personas que necesitan transporte y carecen de acceso a cualquier otro recurso para su transporte. Los criterios de elegibilidad exigen que el solicitante cumpla con los siguientes criterios: tener bajos ingresos, ser persona mayor de los 60 años, ser incapaz de usar las rutas fijas, sin ningún otro medio de transporte, estar discapacitado (no poder usar la ruta fija), o vivir fuera del área de servicio de la Ruta Fija.

Recertificación de TD: Los pasajeros deben renovar su elegibilidad para el programa TD cada dos años para mantener el estado activo.

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 rápidamente determinemos si cumple con los requisitos del programa. Es obligatorio incluir toda la información solicitada al completar la solicitud del programa TD. Usted está obligado a presentar 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 *Passport* de transporte para desfavorecidos de LeeTran, en [LeeTran Passport Guide](#). Si tiene cualquier pregunta sobre este proceso, comuníquese con la oficina del servicio *Passport* mediante el número de teléfono que figura a continuación.

Tipos aceptables de pruebas de ingresos incluyen:

Declaración de impuestos, año actual	Verificación de ingresos del subsidio de desempleo
Carta de manutención de menores	Carta de ingresos del Seguro Social (SSA, SSI, SSDI)
Un mínimo de dos (2) recibos de sueldo de su empleador de los últimos dos meses	Estado de cuenta de pensión o jubilación (incluso de la Administración de Veteranos, o VA)
Carta de verificación de la agencia: Debe tener el membrete oficial de la agencia y identificar al solicitante como la persona de bajos ingresos o sin ingresos. La agencia que proporcione esta carta debe contar con la aprobación previa de LeeTran.	Carta de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Carta del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), o Carta de beneficios del Departamento de Niños y Familias (DCF)

Lee County Transit – LeeTran Passport Services
3401 Metro Parkway
Fort Myers, FL 33901
Phone Number: (239) 533-0300
Fax Number: (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: _____

NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE: _____

NÚMERO(S) DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____



FORMULARIO DE DETERMINACIÓN PARA EL TRANSPORTE PARA DESFAVORECIDOS

Importante: Todos los secciones de este formulario deben completarse y escribirse a máquina o impreso legiblemente. No se procesarán formularios incompletos o ilegibles.

SECCIÓN I - DATOS DE IDENTIDAD

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: ____
Dirección de domicilio: _____ Apto. _____
Tipo de domicilio: Casa Apartamento Centro de Enfermería Centro de vida asistida Pensión
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Su edad actual: _____ Hombre Mujer
Número de teléfono: (____) _____
Número de Seguro Social: ____/____/____ Número de Medicaid: _____
Total de ingresos mensuales: _____ **(Debe presentar pruebas de ingresos familiares)**

SECCIÓN II - DETERMINACIÓN DE NECESIDAD

¿Es usted capaz de manejar un automóvil, aunque sea por cortas distancias? Sí No
¿Es usted, u otra persona que viva con usted, propietario de un automóvil? Sí No
Indique los números de matrícula de la(s) placa(s) de su(s) vehículo(s): _____

Total de las personas que viven con usted: _____	Detalle a continuación:	
<u>Nombre</u>	Esta persona, ¿es familiar suyo?	¿Es esta persona propietaria 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

Si usted vive en un centro de vida asistida, centro de enfermería, centro de cuidado intermedio para personas con discapacidad mental o pensión, ¿tiene este establecimiento un vehículo? Sí No
¿Alguna vez le ha prestado dicho establecimiento servicios de transporte? Sí No
¿Tiene usted familiares o amistades que vivan en el condado donde usted vive? Sí No
Esta(s) persona(s), ¿alguna vez le han transportado al médico? Sí No
Esta(s) persona(s), ¿lo llevarían al médico si usted se lo(s) pidiera? Sí No
¿Conoce usted a alguien que pudiera transportarlo si usted pagara por la gasolina? Sí No
¿Alguna vez ha tomado un autobús de LeeTran para ir al médico u otros lugares? Sí No
¿Puede viajar en un autobús de LeeTran? Sí No

Si NO puede, explique por qué:

_____ Sí No
¿Usaría el autobús de LeeTran si pudiera hacerlo de forma gratuita? Sí No
¿Puede caminar sin ayuda por las siguientes distancias? (Marque todas las opciones que correspondan)
 Cruzar una habitación Una cuadra Dos cuadas Tres cuadas Una milla



SECCIÓN III - DISCAPACIDAD

En la actualidad, ¿recibe Ingresos del Seguro Social (SSI)? Sí No
En la actualidad, ¿recibe beneficios por discapacidad del Seguro Social? Sí No
¿Se considera usted discapacitado? Sí No

De ser así, ¿cuál es la naturaleza de su discapacidad? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Ciego/ceguera legal Usuario de silla de ruedas Dificultad al caminar Artritis
- Parálisis cerebral Esclerosis múltiple Enfermedad neuromuscular Derrame cerebral
- Enfermedad de Alzheimer Epilepsia Depende de un respirador u oxígeno
- Distrofia muscular Impedimentos mentales Impedimentos emocionales
- Otra (describa) _____

¿Necesita usted dispositivos de ayuda para la movilidad? Sí No

De ser ASÍ, ¿cuáles dispositivos necesita? Marque todas las respuestas que correspondan.

- Andador Perro guía Asistente de atención personal Scooter Bastón Oxígeno
- Silla de ruedas Otro _____

SECCIÓN IV - FRECUENCIA DE USO/DESTINOS

¿Con cuáles médicos o clínicas médicas se atiende usted con regularidad?

**NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL HOSPITAL,
MÉDICO O CLÍNICA**

**NÚMERO DE CONSULTAS
CADA MES O SEMANA**

SECCIÓN V - FIRMA, PREPARADOR Y TESTIGO

Afirmo que la información proporcionada en esta solicitud de servicios es verdadera y correcta. Entiendo que hacer declaraciones falsas, ya sea personalmente o en nombre de otra persona, constituye fraude y constituye **un delito grave según las leyes del Estado de Florida.**

Beneficiario del Programa de Transporte para Desfavorecidos

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del preparador: _____ Fecha: _____