

## 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.

**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 [https://www.lee.gov.com/leetran/passport-\(ada-service\)/eligibility](https://www.lee.gov.com/leetran/passport-(ada-service)/eligibility). 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)



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: \_\_\_\_\_

Formatos accesibles están disponibles a pedido.



# FORMULARIO DE DETERMINACIÓN PARA EL TRANSPORTE PARA DESFAVORECIDOS

Todos los campos deben rellenarse CON LETRA DE MOLDE o IMPRESOS legiblemente o el formulario no se procesará

## 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>	<u>Esta persona, ¿es familiar suyo?</u>	<u>¿Es esta persona propietaria de un automóvil?</u>
_____	<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: \_\_\_\_\_

¿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 cuadras  Tres cuadras  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 provista en esta solicitud para recibir servicios es cierta y correcta y comprendo que hacer declaraciones falsas, hacer que otras personas hagan declaraciones falsas, o hacer declaraciones falsas en nombre de otras personas constituye el fraude y se considera **un delito bajo la ley del Estado de Florida.**

Beneficiario del Programa de Transporte para Desfavorecidos

Firma: \_\_\_\_\_

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

Firma del preparador: \_\_\_\_\_

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