

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PERSONAS EN DESVENTAJA DE TRANSPORTE (TD)

Para que Bayway determine si usted califica para los Servicios de Transporte en Desventaja, debe completar la solicitud adjunta y devolverla a Bayway. Esta solicitud debe actualizarse anualmente para determinar la elegibilidad continua. Para agilizar este proceso, la solicitud de elegibilidad debe completarse de manera completa y precisa y debe ir acompañada de documentación de respaldo. La Ley 427.011(1) de la Florida establece que la elegibilidad para los Desfavorecidos en el transporte se determinará en función de los ingresos, la edad y/o la discapacidad física o mental. Un engaño o tergiversación intencional se considerará fraude y puede resultar en la suspensión de sus beneficios. Complete, firme y devuelva esta solicitud a:

Instalación de Operaciones y Mantenimiento de Bayway

920 Avenida Wilson

Ciudad de Panamá, Florida 32401

(850) 769-0557 Office

(850)-215-0295 Fax

De lunes a viernes

De 8: 00 a. m. a 4:30 p. m.

Instrucción:

Para ser elegible para el Servicio de Respuesta a la Demanda en Desventaja de Transporte (TD), el solicitante no debe tener otros medios de transporte disponibles, **lo que significa que el solicitante no vive en $\frac{3}{4}$ millas de una ruta de autobús atendida por Bayway o dentro de ella**, y al menos uno de los siguientes criterios:

- El solicitante tiene 60 años o más; o
- el nivel de ingresos del solicitante cae por debajo de las pautas federales de pobreza actuales (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>), o
- el Solicitante tiene una discapacidad que impide el uso de una ruta de autobús atendida por Bayway

Completar esta solicitud no certifica automáticamente a un solicitante para el Servicio de Respuesta a la Demanda de TD.

Complete solo las partes de esta solicitud que se apliquen a su situación específica como se describe a continuación.

- Si el solicitante no tiene otro medio de transporte disponible y el solicitante no vive en una ruta de autobús con servicio de Bayway o el solicitante tiene 60 años o más, complete:
 - **Sección 1 solamente**
- Si el solicitante no tiene otro medio de transporte disponible y el nivel de ingresos del solicitante está por debajo de las pautas federales de pobreza actuales, complete:
 - **Solo Sección 1 y Sección 2**
- Si el solicitante no tiene otro medio de transporte disponible y el solicitante tiene una discapacidad que impide el uso de una ruta de autobús atendida por Bayway, complete:
 - **Solo Sección 1 y Sección 3**

El procesamiento de esta solicitud puede demorar hasta 14 días calendario. El período de 14 días comienza después de que se recibe una solicitud completa.

Todos los solicitantes serán notificados del resultado de la solicitud por correo electrónico o carta.

Bayway utilizará la información de esta solicitud para la prestación de servicios de transporte. La información no se proporcionará a ninguna otra persona o agencia fuera de Bayway.

Sección 1: Información General del Solicitante

Nombre del Solicitante:

Domicilio (No se aceptan apartados de correos):

Apartamento #:

Edificio #:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Nombre del Complejo de Edificios:

Código de Puerta:

Medicaid #:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

Dirección de Correo Electrónico:

Fecha de Nacimiento

Número de Seguro Social

Sexo

Masculino Femenino

Requisitos de Formato Accesible:

Letra Grande TDD Cinta de Audio Otros

Nota: Todos los vehículos de Bayway son accesibles para ADA. El uso de un dispositivo de movilidad no lo hará elegible automáticamente para usar el Servicio de Respuesta a la Demanda de TD.

Verifique cualquiera de las siguientes ayudas o equipos de movilidad que utilice (Marque todos los que correspondan).

Caña Muletas Aparatos Ortopédicos para Piernas Caminante
 Oxígeno Portátil Animal de Servicio Guía Vidente Bastón Blanco (Ciego)
 Tablero de Imagen Tablero de Alfabeto Camilla Silla de ruedas
 Silla de Ruedas Eléctrica Scooter Eléctrico / Carrito Servicios de Ascensores Amputado
 Acompañante o Asistente de Cuidado Personal (PCA) Otros: _____

Determinación de la Elegibilidad

Indique la razón por la que busca la elegibilidad para el Servicio de Respuesta a la Demanda de TD (Marque todas las que correspondan)

No vivo en o dentro de ¼ millas de una ruta de autobús con servicio de Bayway.

- Tengo 60 años o más. (Se requiere prueba de fecha de nacimiento)
- Mi nivel de ingresos está por debajo de las pautas federales de pobreza actuales. (Se requiere prueba de ingresos)
- Tengo una discapacidad que impide el uso de una ruta de autobús atendida por Bayway.
- Otros: _____

Contacto de Emergencia

Nombre

Teléfono

Certificación del Solicitante

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa, o hacer declaraciones falsas en nombre de otros constituye fraude y se considera un delito grave según las leyes del Estado de Florida. Autorizo a los profesionales médicos enumerados a divulgar información a Bayway sobre mi discapacidad y sus efectos en mi capacidad para viajar en el sistema de tránsito de ruta fija de Bayway. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento con un aviso por escrito a Bayway.

Firma del Solicitante

Fecha

Sección 2: Verificación de ingresos

Para determinar si califica para el Servicio de Respuesta a la Demanda para Personas con Desventajas de Transporte (TD), responda las siguientes preguntas:

Número de familiares, incluido usted mismo, que viven en el hogar:

#

Ingresos anuales totales de los hogares:

\$

Ingreso individual anual total:

\$

Se requiere prueba de ingresos. Presente uno de los siguientes documentos como comprobante de ingresos:

- Talón de pago más reciente con informes del año hasta la fecha
- Beneficios / Asistencia en Efectivo / Cupones de Alimentos del Departamento de Niños y Familias de la Florida (DCF)
- Compensación por Desempleo
- Carta de Adjudicación del Seguro Social (SSA / SSI / SSDI)
- Jubilación / Pensión / Inversión
- Beneficios para Veteranos Discapacitados
- Beneficios de vivienda (HUD, Sección 8)
- Otros: (Specify): _____

Sección 3: Verificación Médica

Un profesional médico debe completar este formulario si está solicitando el Servicio de Respuesta a la Demanda para Personas con Desventajas de Transporte (TD) debido a una afección, discapacidad o discapacidad física o cognitiva verificada médicamente.

Los Profesionales Médicos Aceptables Incluyen:

Médico	Audiólogo	Enfermero Diplomado
Doctor en Medicina Osteopática	Oftalmólogo	fisioterapeuta
Doctor en Quiropráctica	Psicóloga	Enfermera Práctica con Licencia
Terapeuta Ocupacional	Asistente Médico (PA)	Enfermera Practicante (ARNP)
Trabajador Social Clínico con Licencia		

Estimado Profesional Médico:

Para determinar la elegibilidad de un solicitante para el Servicio de Respuesta a la Demanda para Personas con Desventajas de Transporte (TD), requerimos que se complete y devuelva este formulario. Solo los profesionales médicos con licencia que tengan conocimiento de la capacidad funcional del solicitante para usar el Servicio de Respuesta a la Demanda de Bayway deben completar este formulario. El Servicio de Respuesta a la Demanda de Bayway es un programa del sistema de transporte público de acera a acera que brinda asistencia de transporte a aquellos que no pueden obtener su propio transporte debido a una discapacidad, edad o ingresos.

Todos nuestros vehículos son accesibles para sillas de ruedas y están equipados con ascensores/rampas para sillas de ruedas. Por lo tanto, el uso de una silla de ruedas no hace que un solicitante sea automáticamente elegible para usar el Servicio de Respuesta a la Demanda de Bayway.

Gracias por su ayuda.

Nombre del Solicitante:	Fecha de Nacimiento:
<p>¿Se le ha diagnosticado a esta persona una discapacidad cognitiva, mental, física o de otro tipo que impida el uso del servicio de autobús de ruta fija de Bayway?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>¿Esta persona requiere un Acompañante o Asistente de Cuidado Personal (PCA) mientras viaja o al llegar a su destino? (Un PCA es alguien designado o empleado específicamente para ayudar a la persona elegible a satisfacer sus necesidades personales. Este puede ser un empleado de la cláusula adicional elegible, un familiar, un amigo o un proveedor de atención médica.) Bayway <u>does not</u> provide Escorts or Personal Care Attendants.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>Es la discapacidad de esta persona:</p> <p><input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal</p> <p>Si es temporal, ¿por cuánto tiempo? _____</p>	

Describa cualquier otra afección médica que tenga esta persona en este momento, incluidas las restricciones, limitaciones, pronóstico y gravedad.

¿La persona es capaz de realizar alguna de las siguientes acciones?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Comunicar direcciones, destinos y números de teléfono? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Leer y / o monitorear el tiempo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pedir, entender y seguir instrucciones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Lidiar con situaciones inesperadas o cambios en la rutina? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viaja de manera segura y efectiva a través de instalaciones abarrotadas o complejas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Puertas abiertas a las instalaciones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Navegar al consultorio de un médico en una instalación de varios niveles? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pedir, entender y seguir instrucciones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Información para Profesionales Médicos

Nombre y Cargo de los Profesionales Médicos:

Número de Licencia:

Correo:

Dirección Postal:

Edificio #:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Certificación Médica:

Al firmar, reconozco que, a mi leal saber y entender, la información en este formulario de evaluación es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la reexaminación del estado de elegibilidad del solicitante, así como en el enjuiciamiento en la medida máxima permitida por las leyes del Estado de Florida.

Firma de Profesional Médico

Fecha