

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

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"> El punto de partida y el destino de su viaje se encuentran dentro de ¾ de milla de una ruta fija. Usted tiene una discapacidad reconocida verificada por un profesional médico. A usted le es imposible usar la ruta fija de LeeTran. 	<ul style="list-style-type: none"> 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. Los ingresos familiares deben satisfacer un máximo del 200% de los niveles actuales de pobreza establecidos por el gobierno federal.

Entrevista en persona

La determinación de cumplimiento de los requisitos para el servicio de transporte para discapacitados conforme con la ADA y el programa TD, incluso la puesta en práctica de la idoneidad condicional por viaje, frecuentemente exige más que una solicitud impresa. Las entrevistas en persona y evaluaciones de capacidad funcional pueden ser necesarias para determinar si alguien en particular puede realizar las tareas funcionales necesarias para usar los servicios de ruta fija independientemente. Las entrevistas, sean en persona o por teléfono, permiten que aquellos encargados de determinar la idoneidad de los solicitantes puedan solicitar información adicional de dichos solicitantes según sea necesario. A través de las entrevistas en persona, los evaluadores también pueden identificar las barreras ambientales, arquitectónicas y personales que puedan afectar la capacidad del solicitante de acceder al transporte público de manera segura e independiente.

Conforme con el Circular 4710.1 Capítulo 9.5.1, de la Administración Federal de Tránsito (FTA), las solicitudes presentadas ante las agencias de tránsito que requieren entrevistas en persona y evaluaciones de capacidad funcional se consideran estar completas al terminar las entrevistas y evaluaciones, no al momento de recibirse dichas solicitudes.

La tramitación de las solicitudes del servicio Passport puede demorarse hasta 21 días corridos. El periodo de 21 días comienza DESPUÉS de que la evaluación o entrevista del solicitante se haya llevado a cabo.

La solicitud del servicio Passport y el formulario de Certificación Médica deben rellenarse por completo y firmarse antes de ser presentados. **Un profesional de atención médica autorizado con licencia debe rellenar el formulario de Certificación Médica.**

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

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

SECCIÓN 1- DATOS DEL SOLICITANTE

Marque aquí si usted es usuario del servicio de transporte para discapacitados en la actualidad

Marque aquí si usted recibe Medicaid o participa en cualquier programa que pagaría por el transporte en la actualidad.

(1) Nombre: _____
 Apellido Primer Nombre Inicial del segundo nombre

(2) Número de teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

(Celular) _____ Hombre Mujer

(3) Dirección de domicilio: _____ Apto. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de la Subdivisión o Complejo de Edificios _____

(3a) Código del portón: Sí _____ No _____ Nro. del portón _____

(4) Si en la actualidad reside en un centro de enfermería o centro de vida asistida, por favor indique el nombre del centro: _____

(4b) El centro de enfermería o de vida asistida, ¿presta servicios de transporte? No Sí

(5) Nro. de teléfono del centro de enfermería o centro de vida asistida: _____
Nro. de Fax _____

(6) Dirección postal (en caso de ser distinta): _____

(7a) Fecha de nacimiento ____/____/____ (7b) Nro. de Seguro Social ____ - ____ - ____
 mm / dd / aaaa

(8) Número de Medicaid: _____

(9) Programa Medwaiver No Sí Agencia para Personas con Discapacidades (APD), nombre y número de teléfono del coordinador de Apoyo:

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
