



Estimado solicitante del Programa de Transporte para Desfavorecidos:

El Programa de Transporte para Desfavorecidos (TD) de Florida se estableció con la aprobación del Capítulo 427 de los Estatutos de Florida. El Programa TD ayuda a las personas que no pueden transportarse por sí mismas o adquirir servicios de transporte debido a una discapacidad física o mental, a sus ingresos y/o a su edad. MTM Transit es el Coordinador de Transporte Comunitario (CTC) designado para los condados de DeSoto, Hardee, Highlands y Okeechobee. Somos responsables de determinar si los solicitantes reúnen los requisitos para el Programa de TD. Recopilamos información de los solicitantes para determinar a qué servicios pueden optar. Todos los servicios son de respuesta a la demanda, lo que significa que también debemos disponer de información de pasajero para usted.

A partir del 1 de julio de 2021, deberá acreditar al menos uno de los siguientes criterios para poder optar al Programa TD y a otros programas de financiación disponibles:

- 1. Usted es incapaz de transportarse por sí mismo.** Esto significa que no puede conducir un vehículo debido a una discapacidad física o mental. Debe proporcionar una verificación médica de su discapacidad por parte de su médico.
- 2. Usted es incapaz de comprar transporte.** Esto significa que sus ingresos deben alcanzar un máximo del 150 % de las Directrices Federales de Pobreza vigentes. Debe proporcionar una prueba de ingresos.
- 3. Usted es incapaz de obtener transporte.** Esto significa que no tiene un vehículo operativo en su hogar, la capacidad de manejar un vehículo de forma segura o la capacidad de encontrar transporte de otras fuentes. Tampoco puede estar patrocinado por ninguna otra agencia para el transporte.
- 4. Tiene más de 60 años.** Debe presentar una prueba de su edad, como un permiso de conducir, un certificado de nacimiento o un documento de identidad con fotografía en el que figure su fecha de nacimiento.

Para solicitar el Programa TD, llene la solicitud adjunta. Devuelva la solicitud cumplimentada a MTM Transit por correo, fax o correo electrónico:

Correo
 MTM Transit
 Attention: Scheduling Team
 4650 US Hwy 27 South
 Sebring, FL 33870

Fax
 1-863-382-8469

Correo electrónico
 HeartlandAccess@mtm-inc.net

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos. Espere hasta cinco días hábiles para que MTM Transit reciba y procese su solicitud. Después de cinco días hábiles, puede llamarnos para informarse sobre el estado de su solicitud:

Avon Park: 863-452-0139

Sebring: 863-382-0139

Lake Placid: 863-699-0995

Okeechobee: 863-357-9900

DeSoto: 800-694-6566

Hardee: 863-773-0015

Llamada gratuita: 800-260-0139

Gracias por su interés en el Programa TD. ¡Esperamos poder ayudarle a acceder a su comunidad!



La información contenida en esta solicitud será utilizada por MTM Transit para determinar su elegibilidad para los servicios de tránsito. MTM Transit es responsable de coordinar y/o proporcionar servicios de transporte a las personas que se encuentran en desventaja de transporte. Se le considera en desventaja de transporte si, debido a su edad, ingresos o una discapacidad, no puede conducir y no tiene acceso a otras opciones de transporte. La elegibilidad se determina en función de la edad, los ingresos o cualquier discapacidad, así como por las limitaciones presupuestarias del sistema en cada condado. **Su solicitud debe renovarse cada dos años.**

Fecha: _____

Apellidos: _____ Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Núm. de apartamento: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Femenino Masculino

Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: _____

Indique cómo llegar a su domicilio:

1. ¿Recibe vales de comida? Sí No

2. ¿Tiene Medicaid? Sí No

a. En caso afirmativo, indique su número de identificación de Medicaid: _____

3. ¿Cuántos miembros de la familia viven en su casa? _____

4. ¿Cuáles son sus ingresos anuales? \$ _____

5. ¿Vive en un centro de vida asistida, residencia de ancianos, hogar para jubilados o pensión? Sí No

6. ¿Tiene familiares o amigos que vivan cerca y le transportarían si se lo pidiera? Sí No

7. ¿Su afección o discapacidad es temporal? Sí No

a. En caso afirmativo, ¿cuál es la duración de su afección? _____ semanas/meses (marque con un círculo)

Debe proporcionar una verificación médica de su discapacidad por parte de su médico.

8. ¿Utiliza algún tipo de ayuda para la movilidad? Marque todas las que correspondan.

- Silla de ruedas eléctrica Silla de ruedas manual Caminador Bastón
- Scooter eléctrico Animal de servicio Muletas



9. ¿Puede recorrer sin ayuda las siguientes distancias?

200 pies Sí No ¼ milla Sí No ½ milla Sí No

10. ¿Puede subir un escalón de 12 pulgadas con ayuda? Sí No

11. ¿Puede subir un escalón de 12 pulgadas sin ayuda? Sí No

12. ¿Es capaz de permanecer de pie al aire libre sin apoyo durante al menos 20 minutos? Sí No

13. ¿Puede dar una dirección y un número de teléfono si se lo piden? Sí No

14. ¿Puede reconocer un destino o punto de referencia? Sí No

15. ¿Puede entender y seguir instrucciones? Sí No

16. ¿Puede manejar situaciones inesperadas o cambios en su rutina? Sí No

17. ¿Puede desplazarse con seguridad y eficacia por un lugar concurrido o complejo? Sí No

18. ¿Es usted legalmente ciego o tiene alguna deficiencia visual? Sí No

19. ¿Es sordo o tiene una discapacidad auditiva significativa? Sí No

20. ¿Tiene un asistente personal que le ayude cuando viaja? Sí No

Entiendo y afirmo que la información proporcionada en esta solicitud de servicios de transporte no urgente para personas desfavorecidas es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y que se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con los profesionales médicos y del transporte que participen en la evaluación y determinación de mis necesidades y mi elegibilidad para el transporte hacia y desde los servicios elegibles, así como las citas. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa o hacer reclamaciones fraudulentas o hacer reclamaciones falsas en nombre de otros podría constituir un delito grave según las leyes del Estado de Florida.

Firma del solicitante: _____

Fecha de la firma: _____

Nombre del preparador: _____

Teléfono: _____

Firma del preparador: _____

Fecha de preparación: _____

Devuelva su solicitud cumplimentada a MTM Transit por correo, fax o correo electrónico:

Correo
MTM Transit
Attention: Scheduling Team
4650 US Hwy 27 South
Sebring, FL 33870

Fax
1-863-382-8469

Correo electrónico
HeartlandAccess@mtm-inc.net

Espere hasta cinco días hábiles para que MTM Transit reciba y procese su solicitud.



Transit

Solicitud del Programa de Transporte para Desfavorecidos

MTM USE ONLY

Date Received:		New Registration: <input type="checkbox"/>	Renewal: <input type="checkbox"/>
Reviewed by:		Approved: <input type="checkbox"/>	Denied: <input type="checkbox"/>
Reason for Denial:			
Approved Funding Sources	TD – Age <input type="checkbox"/> TD – Income <input type="checkbox"/> TD – Disability <input type="checkbox"/> Documentation Provided: _____	Section 5310 <input type="checkbox"/>	Section 5311 <input type="checkbox"/>

Signature: _____ Date: _____