



ACCESS LYNX

Programa de TRANSPORTATION
DISADVANTAGED (TD)

Gracias por su interés en el programa de "Transportation Disadvantaged" (TD), el cual es un servicio de viaje compartido puerta a puerta que se brinda a los residentes elegibles de los condados de Orange, Osceola y Seminole.

Elegibilidad:

Para ser elegible para el programa TD, el solicitante debe calificar **con dos de los tres criterios** siguientes:

1. No tener acceso a una ruta fija.
2. Tener una discapacidad.
3. Tener un nivel de ingreso igual o inferior al 185% del nivel Federal de Pobreza.

Nota: Las Pautas Federales de Pobreza se publican anualmente y se usan para calificar a este programa. Se basa únicamente en los ingresos del solicitante individual, no en el ingreso familiar del solicitante. Las Pautas se pueden ver en: www.aspe.hhs.gov.

Si aplica al criterio de discapacidad, un profesional médico con licencia debe completar y firmar la sección médica de esta solicitud (Sección 4). Documentos complementarios pueden ser adjuntos a esta solicitud.

Una identificación y documentos financieros complementarios correspondientes se deben proporcionar al momento de presentar la solicitud. No se acepta auto declaración de ingresos. El tiempo para procesar una solicitud puede durar hasta 21 días desde el recibo de una solicitud completa.

Se hará todo lo posible para verificar sus ingresos individuales y la información médica proporcionada. De ser necesario para determinar la elegibilidad, se solicitará más información.

Una solicitud completa de TD debe incluir toda la información solicitada. Asegúrese de firmar esta solicitud donde corresponda y adjunte una copia de su identificación de la Florida o licencia de conducir junto con todos los documentos complementarios requeridos.

Envíe la solicitud completa a:

ACCESS LYNX (Eligibility)

455 N Garland Ave.

Orlando, FL 32801

Por Fax a: (407) 849-6759

Información: (407) 423-8747 (seleccione la opción #6)



Central Florida Regional Transportation Authority

455 N. Garland Avenue | Orlando | Florida | 32801 | www.golynx.com

FOR OFFICE USE ONLY:	DATE RECEIVED _____
Client ID: _____	NEW _____ RECERT _____

Marque aquí – Únicamente para viajes de soporte vital: Solo diálisis Solo para tratamiento contra el cáncer

Solicitud: Información general (SECCIÓN 1)

_____		_____			
Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del número de seguro social				
_____		_____			
Apellido	Nombre	Inicial (Segundo Nombre)			
_____		_____			
Dirección de casa	Número de Apto.				
_____		_____			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal		
_____		_____			
Nombre del: complejo / subdivisión / establecimiento	Código de puerta de entrada				
_____		_____			
Teléfono de casa	Teléfono del Trabajo	Teléfono Móvil	Correo Electrónico		
_____		_____			
Dirección postal	Número de Apto.	Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Contacto de Emergencia:

_____		_____		_____	
Nombre	Parentesco		Número de teléfono		
_____		_____		_____	
Dirección / Número de Apto.	Ciudad	Condado	Estado	Código postal	

Seleccione todo lo que le corresponda:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> Caminador | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas ancha |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental (No dejar desatendido) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Sordos | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para caminar | <input type="checkbox"/> Necesito asistente | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Escúter eléctrico | <input type="checkbox"/> Ciego/legalmente ciego | |



¿Tiene citas médicas semanalmente? Sí NO

¿Cuántas citas médicas tiene en un mes? _____

¿Cómo se transporta a sus destinos actualmente?

- LYNX (bus de la ciudad) Taxi TNC Conduce usted mismo Otro
 Vehículo de ACCESS LYNX

Por favor, marque la(s) condición(es), que no le permite acceder al bus regular de ruta fija de LYNX:

La parada de bus está muy lejos (más de ¾ de milla).

El bus no pasa por el lugar a donde necesito ir / a la hora/tiempo que necesito ir al trabajo.

Tengo una discapacidad que me impide utilizar el bus de ruta fija de LYNX.

Explique: _____

Verificación de ingresos (SECCIÓN 2)

Total de ingreso mensual individual \$ _____

Por favor adjuntar prueba de sus ingresos totales, **antes** de impuestos, incluyendo salarios, propinas, cualquier ingreso del Seguro Social, pensión y otros ingresos.

Los documentos de verificación de ingresos aceptables incluyen los siguientes:

1. Un mínimo de dos (2) talones de pago reciente \$ _____
2. Beneficios en efectivo del DCF / carta de manutención infantil \$ _____
3. Verificación de ingresos de compensación por desempleo \$ _____
4. Carta de prueba de ingresos del Seguro Social (SSA / SSI / SSDI) \$ _____
5. Declaración de jubilación / de pensión (incluido VA) \$ _____
6. Primera página de su declaración de impuestos más reciente \$ _____
7. Otro (especifique) \$ _____

*Un documento de Auto declaración no se aceptará como prueba de falta de ingresos.

Si usted tiene ingreso de \$ 0.00 y vive en una casa o apartamento, por favor muestre cómo paga su alquiler / los servicios públicos (incluido cualquier saldo restante después de pagar el alquiler).

Para comprobar los ingresos individuales, es posible que se requiera documentación adicional.



Verificación de finalización y permiso del solicitante: (SECCIÓN 3)

Lista de verificación de la solicitud:

- ¿Adjuntó una copia de su documento de identificación o su licencia de conducir de la Florida? SÍ NO
- ¿Adjuntó todos los documentos solicitados? SÍ NO
- ¿Fue completado el formulario médico por un profesional médico con licencia? SÍ NO
-

Aceptación, autorización y permiso del solicitante:

Yo, entiendo que el propósito de esta solicitud que incluye los documentos complementarios requeridos es determinar mi elegibilidad para el Servicio de "Transportation Disadvantaged".

Yo, entiendo que la información contenida en esta solicitud en la Sección 4 y en los documentos complementarios sobre mi discapacidad (si hay alguna) se conservará confidencial y se compartirá solo con los empleados de LYNX y los profesionales involucrados en la evaluación de mi elegibilidad.

Yo, por este medio, autorizo a mi representante médico a divulgar alguna y toda la información relacionada con mi condición médica a LYNX según se aplique a esta evaluación, incluyendo, sin límite, la información solicitada en la Sección 4 de esta solicitud.

Yo, confirmo que la información en este paquete de solicitud es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento. Yo, entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la revocación de mi período de elegibilidad. Yo, acepto notificar a ACCESS LYNX en un plazo de 10 días si hay algún cambio en las circunstancias o si no necesitara utilizar más el servicio de transporte.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del preparador (si no es el solicitante)

Fecha

Nombre del preparador en letra de imprenta

Relación/Parentesco



Medical Form (SECTION 4)

Instructions for a Licensed Medical Professional: Please complete the section below. The information that you provide must be based solely upon the applicant having an actual physical or mental impairment that substantially limits one or more major life activities.

Applicant Name: _____ Date of Birth: _____

What is the applicant's disability or condition? _____

- Cognitive Impairment Functional Hearing Visual
 Uncontrolled Fatigue Emotional Neurological

Is the applicant's disability or condition: Permanent? Temporary?

If Temporary, what is the expected duration? _____

Are any of the following affected by the individual's disability? (Check all that apply)

- Orientation Monitoring time Gait or balance
 Problem Solving Judgment Inconsistent performance
 Short-term Memory Communication Long-term memory
 Inappropriate social behavior Do Not Leave Unattended
 Other (please explain) _____

If applicant is currently taking prescribed medication(s), do any of the medications enhance or diminish the individual's functional ability to travel independently? Yes No

If yes, please explain. _____

I, the undersigned, certify the medical information provided on the TD Application is true and correct. I understand providing false or misleading information constitutes fraud and is considered a felony under the laws of the State of Florida.

Licensed Medical Professional's Signature

Medical License Number

Licensed Medical Professional's Name
(Print Legibly)

Contact Number

Contact Address

