



ACCESS LYNX

Programa de AMERICANS WITH
DISABILITIES ACT (ADA)

Gracias por su interés en el programa de “Americans with Disabilities Act (ADA)”, 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.

Por favor asegúrese de completar toda la información requerida y de firmar donde corresponda. La sección médica debe ser completada y firmada por un profesional de la salud licenciado/autorizado (familiarizado con su discapacidad o condición de salud y sus capacidades funcionales). De ser necesario, se puede solicitar más información para determinar la elegibilidad.

Requerimientos de certificación:

Elegibilidad permanente (continua) - La certificación automática se considerará para los individuos que no pueden usar el servicio de autobús de LYNX bajo ninguna circunstancia y / o cuya discapacidad es poco probable que mejore. Los solicitantes que hayan recibido elegibilidad permanente recibirán un documento de verificación para actualizar / certificar su información y registrar cualquier cambio en sus capacidades o necesidades de viaje **cada tres años a partir de la fecha de elegibilidad inicial.**

Elegibilidad estándar: A todos los solicitantes que se les otorgue la aprobación en esta categoría (“Unconditional/Conditional”) deberán volver a certificarse **cada dos años a partir de la fecha de elegibilidad inicial.**

Elegibilidad temporal: A todos los solicitantes que se les otorgue la aprobación en esta categoría deberán volver a certificarse basado en el período de tiempo otorgado en la aprobación.

Los usuarios que son elegibles del programa “ADA” con otro proveedor de transporte público pueden usar ACCESS LYNX proporcionando documentos de elegibilidad antes de solicitar viajes. Este mismo derecho es aplicado a los usuarios de ACCESS LYNX que viajan a otras comunidades que ofrecen servicios complementarios de paratransito bajo el programa “ADA”.

Descargo de responsabilidad: El completar esta solicitud no lo certifica automáticamente para los servicios de paratransito. Es posible que algunos solicitantes deban pasar por una evaluación funcional para ayudarnos a determinar su nivel de elegibilidad. Los resultados de la solicitud serán notificados a todos los solicitantes por correo. El proceso puede durar hasta 21 días a partir de la fecha de recibo de una solicitud completa, incluye el realizar una evaluación funcional si es necesario.

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 _____ PERM ELIG _____

Solicitud: Información general (SECCIÓN 1)

Fecha de nacimiento

Últimos 4 dígitos del número de seguro social

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

M/F

Dirección de casa

Número de Apto.

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

Nombre del: complejo / subdivisión / instalación

Código de puerta de entrada

Teléfono de casa

Teléfono del Trabajo

Teléfono Móvil

Correo Electrónico

Dirección de correo 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:

- Animal de Servicio
- Muletas
- Necesito asistente
- Silla de ruedas manual
- Bastón
- Caminador
- Asistencia para caminar
- Silla de ruedas eléctrica
- Discapacidad visual
- Pérdida de audición
- Oxígeno portátil
- Silla de ruedas ancha
- Ciego/legalmente ciego
- Sordos
- Discapacidad mental
- Escúter eléctrico
- Discapacidad mental (no dejar desatendido)
- Asistente de cuidado persona



¿Cómo se transporta a sus destinos actualmente?

El bus de LYNX Taxi TNC Conduce usted mismo Otro

¿Tomaría el autobús si se le proporcionara un pase? Sí NO

¿Tiene actualmente una tarjeta de identificación de LYNX Advantage? Sí NO

Capacidad Funcional

Sin la asistencia de otra persona, puede usted:

¿Abordar el bus?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Leer y entender direcciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Manejar dinero y cupones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Caminar en la acera/banqueta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Ir a la parada de bus más cercana?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Esperar en la parada del bus?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Identificar el bus correcto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Caminar ¾ de milla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Subir un escalón de 12 pulgadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Cruzar la calle?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Mantenerse sentado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Agarrarse a una baranda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Dar dirección y teléfono?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Reconocer lugares?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Esperar afuera por más de 15 minutos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	¿Movilizarse en sitios públicos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

Permiso del Solicitante: (SECCIÓN 2)

Yo entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para el servicio del programa de ADA. Yo entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se conservará confidencial y se compartirá solo con 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.

Yo entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la revocación de mi periodo 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 imprenta

Relación/Parentesco



Central Florida Regional Transportation Authority

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

Medical Form (SECTION 3)

Instructions for Licensed professional (familiar with your disability or health condition and your functional abilities): 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 and how does it prevent him/her from using LYNX?

- Cognitive Impairment Functional Hearing Visual
 Uncontrolled Fatigue Emotional Neurological

Other – Explain: _____

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

If Temporary, what is 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), does this medication 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 ADA 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 Professional's Signature

Medical License Number

Licensed Professional's Name (Print Legibly)

Contact Number

Contact Address



Central Florida Regional Transportation Authority

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