



# ACCESS LYNX

PARATRANSIT PARTNERSHIP

## ACCESS LYNX ELIGIBILITY APPLICATION FOR PARATRANSIT SERVICES

### Instructions to Applicant or Proxy:

1. Please read the enclosed paratransit eligibility criteria carefully. If you feel that you meet these criteria, please fill out the Applicant sections of this form.
2. Please be sure to print and complete all information requested and sign where appropriate.
3. Have the Professional Verification section completed and signed by an approved health care professional. All provided information will be verified and confirmed. You may attach supporting documentation.
4. Completing this application does not automatically certify you for paratransit services. Some applicants may be required to go through a functional assessment to assist us in determining your level of eligibility. All applicants will be notified by mail of the outcome of their application.

### Instrucciones para el Solicitante o Apoderado:

1. Por favor de leer con cuidado el criterio de elegibilidad incluido, para el servicio de paratransit. Si usted cree que reúne el criterio, por favor completar las secciones correspondientes.
2. Asegurese de escribir, con letra legible, completar toda la información requerida y firmar en los espacios correspondientes.
3. La Sección de verificación médica debe ser llenada y firmada por un profesional de la salud licenciado. Toda la información será verificada y confirmada. Usted puede incluir información adicional de un profesional de las salud relacionado con su incapacidad.
4. Completar esta aplicación no sera automaticamente certificado para el servicio de Paratransit. A algunos solicitantes se les puede requerir que pasen por el proceso de una evaluación funcional, que nos asistira a determinar el nivel de elegibilidad. A todo solicitante se le notificará por correo la determinación tomada respecto a su solicitud.

**WHEN COMPLETED, PLEASE RETURN THIS FORM TO:  
DESPUES DE COMPLETAR ESTA APLICACIÓN  
FAVOR DE ENVIARLA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:**

**ACCESS LYNX  
455 N Garland Avenue  
Orlando, Florida 32801-1518  
Attention: Eligibility  
Phone: (407) 423-8747 - Select Option 6  
Fax: (407) 849-6759**





Do you have relatives or friends who can take you? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted familiares o amigos quienes pueden transportarlo a usted?

What is your annual household income? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso anual?

How many people, including yourself, are in your household? \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas (incluyéndose usted) están en su hogar?

Have you, in the past 2 years, qualified for public assistance? \_\_\_\_\_

¿Usted a calificado en los 2 últimos años para asistencia pública?

Would you ride the bus if you were provided with a bus pass? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría viajar en el bus de la ciudad con un pase?

How far is the nearest bus stop? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la distancia de la parada de bus más cercana?

Do you currently have a LYNX Advantage ID card? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

¿Tiene usted una identificación de LYNX?

### Functional Ability (Capacidad Funcional)

Without the assistance of someone else, can you:

Board a bus? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Read/understand directions? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Abordar el bus? ¿Leer y entender direcciones?

Handle coins and transfers? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Travel on a sidewalk? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Manejar dinero y cupones? ¿Caminar en la acera/banqueta?

Travel to nearest bus stop? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Stand at a bus stop? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Ir a la parada de bus cercana? ¿Esperar el bus en la parada?

Identify the correct bus? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Walk  $\frac{3}{4}$  mile? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Identificar el bus correcto? ¿Caminar  $\frac{3}{4}$  de milla?

Climb a 12 inch step? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Cross a street? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Subir una escala de 12 inches? ¿Cruzar la calle?

Balance while seated? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Grip handles and railings? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Mantenerse sentado? ¿Agarrarse a una baranda?

Give address and phone number? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Recognize landmarks? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Proveer su dirección y teléfono? ¿Reconocer lugares?

Wait outside for more than 15 minutes? Yes \_\_\_ No \_\_\_ Travel through crowds? Yes \_\_\_ No \_\_\_

¿Esperar afuera por más de 15 minutos? ¿Movilizarse en sitios públicos?

Please check the condition(s) which prevents you from accessing a regular LYNX fixed route bus.

Por favor, marque las condición o condiciones, por la cuál no le permite que usted pueda usar el servicio regular de buses.

\_\_\_ None.

Ninguna.

\_\_\_ The bus stop is too far or the bus does not run where I need to go.

La parada de bus esta muy lejos, o el bus no llega a donde necesito ir.

\_\_\_ My disability prevents me from using the regular fixed route bus system.

Debido a mi condición no puedo usar el servició de buses de la ciudad.

\_\_\_ I need transportation to and from medical appointments only.

Necesito transportación para citas médicas solamente.

**Medical Verification – To be completed by a licensed professional.**

**Please complete the section below. The information that you provide must be based solely upon the applicant having an actual physical or cognitive limitation, which prevents the use of our fixed route bus service. The diagnosis of a potentially limiting illness or condition is not sufficient determination for paratransit services.**

What is the applicant's disability? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

How does the condition functionally prevent the applicant from using regular bus service?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If temporary, what is the duration? \_\_\_\_\_

Signature of Medical Professional \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Professional License # \_\_\_\_\_ State Issued \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Phone # \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_

Contact person \_\_\_\_\_

**Applicants Release:**

I understand that the purpose of this evaluation form is to determine my eligibility for paratransit service. I understand that the information about my disability contained in this application will be kept confidential and shared only with professionals involved in evaluating my eligibility. I hereby authorize my medical representative to release any and all information regarding my medical condition to LYNX. I understand that providing false or misleading information could result in my eligibility status being revoked. I agree to notify ACCESS LYNX within 10 days if there is any change in circumstances or I no longer need to use paratransit services.

**Permiso del Solicitante:**

Yo al firmar el espacio correspondiente, entiendo que esta solicitud es para determinar la elegibilidad para los servicios de paratransit, transporte puerta a puerta, a través de ACCESS LYNX. Entiendo que la información dada por mi acerca de mi incapacidad será mantenida de manera confidencial, y será compartida solamente con los profesionales relacionados con la evaluación, y determinación de elegibilidad para los servicios que estoy solicitando. A la vez, autorizo a mi representante médico que provea a LYNX toda información correspondiente a mi condición médica. Entiendo, que el proveer información falsa o errónea a LYNX, podría resultar en que mi elegibilidad para los servicios que solicito no pueda llegar a determinarse, incluso una vez determinada, pueda ser revocada. Yo, en acuerdo, notificaré a ACCESS LYNX dentro de 10 días si ha surgido algún cambio en circunstancias, o si no he de necesitar los servicios de paratransito.

Applicant Signature, Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Date, Fecha \_\_\_\_\_

If applicant is unable to sign this form, he/she may have someone sign on his/her behalf.  
Si el solicitante no puede firmar la solicitud, él o ella puede designar a otra persona que firme por el solicitante.

Signing for Applicant, Firmando por Solicitante \_\_\_\_\_ Relationship, Relación \_\_\_\_\_ Date, Fecha \_\_\_\_\_