



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**



(For Office Use Only)

Customer ID _____ New _____ Recer _____

Applicant Name, Nombre del Solicitante _____

_____/_____/_____

Date of Birth
Fecha de Nacimiento_____-_____-_____
Social Security Number
Número del Seguro Social____-____-_____
Medicaid Number
Número de MedicaidLast Name
ApellidoFirst Name
NombreMiddle Initial
Initial del Segundo Nombre

M/F

Home Address
Dirección de la casaApartment Number
Número de AptoCity
CiudadCounty
CondadoState
EstadoZip Code
PostalComplex/Subdivision/Facility Name
Comunidad/Nombre de la FacilidadNearest Intersecting Street
Calle que IntersectaNearest Bus Route
Transporte PublicoIf this is a gated community, please provide Gate Code _____
Codigo de entrada a la comunidadHome Phone
TeléfonoWork Phone
Teléfono de TrabajoCell Phone
Teléfono MóbilE-Mail Address
Correo ElectrónicoMailing Address
Dirección de CorreoApt. Number
Apto.City
CiudadCounty
CondadoState
EstadoZip Code
PostalEmergency Contact Name
Contacto de EmergenciaRelationship
Relación/ParentescoPhone Number
TeléfonoAddress
DirecciónApt. Number
Número de Apto.City
CiudadCounty
CondadoState
EstadoZip Code
Postal**Please check all that apply to you. (Seleccione cuales aplican a usted).** Portable Oxygen
Oxígeno Portátil Assist Walking
Ayuda para caminar Needs Escort
Acompañante Wheelchair
Silla de Ruedas Sight Impairment
Problemas de vision Cane
Bastón Crutches
Muletas Walker
Caminador Service Animal
Animal de Servicio Stretcher
Camilla Mental Imp.
Probl. Mentale Hearing Loss
Probl. Para OirDo you have weekly scheduled medical appointments? _____
¿Tiene usted citas médicas semanales?How many medical appointments do you have in a month? _____
¿Cuántas citas médicas tiene usted en el mes?How do you currently travel to your destination?
¿Cómo usted se transporta a sus destinos actualmente? LYNX Bus
Bus de la ciudad Taxi Drive yourself
Carro Other
Otro

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 se ha 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 está 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 servicio 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 _____