

VOTRAN			
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA “PARATRANSIT SHARED-RIDE”			
	ADA	UTD	RURAL

El servicio de ‘Paratransit Shared-Ride’ está disponible para aquellos individuos con incapacidad, y que no puedan utilizar el servicio regular de VOTRAN o que no puedan obtener o hacer arreglos de transportación por si mismos o através de amigos, familiares o voluntarios. Esta solicitud será usada para determinar cuando, y bajo que circunstancias el solicitante puede usar el servicio regular de autobús VOTRAN o el servicio de ‘Paratransit Shared-Ride’

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

El candidato (u otra persona que asista al candidato) deberá completar la solicitud. UN PROFESIONAL LICENCIADO DEBERÁ COMPLETAR LA SECCIÓN 8 (si está adjunta).

El proceso de certificación, podría envolver una evaluación personal, para determinar si él o la solicitante puede usar el servicio regular de VOTRAN. VOTRAN pagará por la evaluación personal, y si fuera necesario, proveerá transportación antes y luego de la evaluación. **SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN REGRESADAS.** Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame a el departamento de servicio al cliente, al (386) 756-7496 extensión 204.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA, QUE EL PROCESAR ESTA SOLICITUD PUEDE TOMAR HASTA 21 DIAS.

Luego de completar la solictud, por favor envíela a la siguiente dirección:

**VOTRAN
950 Big Tree Road
South Daytona, Florida 32119**

DO NOT WRITE IN THIS SPACE (NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO)	
New application: _____ <i>(Solicitud Nueva: _____)</i>	Recertification: _____ <i>(Recertificación: _____)</i>
Date Received: _____ <i>(Fecha Recivida: _____)</i>	Approved: _____ Date: _____ <i>Aprovada: _____ Fecha: _____)</i>
Reviewed by: _____ <i>(Revisada por: _____)</i>	Denied: _____ Date: _____ <i>Denegada: _____ Fecha: _____)</i>
Bill Code: _____ <i>(Código de lista: _____)</i>	Third Party Review _____ Date _____ <i>Tercera Opinión: _____ Fecha: _____)</i>
PCA Needed: Yes: ___ No: ___ <i>(PCA Requerido: Sí: ___ No: ___)</i>	Fixed Route Referral Y/N Date: _____ <i>Ruta de transferencia fija S/N Fecha: _____)</i>

FAVOR DE NO QUITAR ESTA PÁGINA

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN GENERAL

FAVOR DE LLENAR EN LETRA DE MOLDE

Apellido: _____ Nombre: _____

Calle: _____ Apartamento # _____

Complejo de Apartamentos o Nombre: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Número de Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Vive usted en una clínica, ACLF o una casa de huéspedes? _____ Sí _____ No

Si contesto Sí, Tiene esta facilidad un vehículo para transportar residentes? _____ Sí _____ No

Ha sido usted transportado por esta facilidad? _____ Sí _____ No

Número de Seguro Social: _____

Por favor indentifique alguna persona que lo ha asistido en completar esta solicitud:

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

Favor de proveer el nombre y número de teléfono de alguna persona a la cual podamos llamar en caso de emergencia: Nombre: _____

Número de Teléfono: _____ Relación: _____

SECCIÓN 2. CAPACIDAD DE USAR AUTOBUSES DE VOTRAN

Por favor indique las razones por las cuales usted esta solicitando el servicio "Paratransit" (marque todas las que apliquen)

(Please indicate below the reasons why you are seeking Paratransit eligibility: (check all that apply)

_____ Yo puedo utilizar el servicio regular de VOTRAN para ir a ciertos lugares, pero para otros viajes no puedo ir o regresar de la parada de autobuses.

(_____ I can use VOTRAN regular bus service to go some places, but for other trips I cannot get to and from the bus stops.)

_____ Debido a mi incapacidad, yo nunca puedo usar el servicio regular de autobuses VOTRAN.

(_____ Because of my disability, I can never use VOTRAN regular bus service)

_____ Otras razones _____

(_____ Other reasons _____)

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN DE VIAJE ACTUAL

1. ¿Cómo están sus necesidades de transportación siendo satisfechas?
2. Tiene usted una licencia válida de conducir? Sí No
Sí contesto Sí, por favor describa si tiene alguna restricción: _____
3. ¿Cuántos vehículos personales hay disponibles en su casa?
 0 1 2 o más

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN ACERCA DE LA INCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

4. ¿Qué tipo de incapacidades no le permiten utilizar el servicio regular de autobús VOTRAN? (marque todas las que apliquen)
(What types of disabilities prevent you from using VOTRAN regular service? (check all that apply))

Incapacidad Física

(Physical Disability)

Impedimento Auditivo

(Hearing Impairment)

Incapacidad Visual

(Visual Disability)

Incapacidad Mental

(Mental Disability)

Otra, favor de explicar en detalle _____
(Other, please explain in detail)

5. ¿La incapacidad descrita arriba es temporera o permanente?
(Is the disability described above temporary or permanent?)

Temporera, Yo espero que dure por _____ mes(es)
(Temporary, I expect it to last for another _____ month(s))

Permanente
(Permanent)

No se
(I don't know)

6. Circule el tipo de ayuda mobiliaria, o equipo en la lista debajo que usted utiliza cuando viaja.
(Please circle the appropriate mobility aid(s) or equipment listed below that you use to assist you when you travel)

Patineta eléctrica
(Power scooter)

Silla de ruedas manual
(Manual Wheelchair)

Andador
(Walker)

Silla de ruedas eléctrica
(Powered wheelchair)

Bastón
(Cane)

Animal
(Service Animal)

Otro (describa) _____
(Other (describe) _____)

NOTA:

No podemos acomodarlo, si su silla de ruedas o carro eléctrico excede 48 pulgadas (122 centímetros) de largo, 30 pulgadas (76.2 centímetros) o el peso es más de 600 libras (272.7 kg) cuando el equipo está ocupado.
(We cannot accommodate you if your wheelchair or scooter exceeds 48 inches in length, 30 inches in width or the weight is more than 600 pounds when occupied)

7. ¿Necesita usted la ayuda de un encargado de asistencia personal (alguna persona que deba asistirlo(a) en sus funciones diarias)? Sí No
(Do you require the assistance of a Personal Care Attendant (someone who must assist you with daily functions)? Yes No)

SECCIÓN 5. PREGUNTAS ACERCA DEL USO REGULAR DE AUTOBUSES VOTRAN

8. ¿A usado usted el servicio regular de autobuses VOTRAN?
 Sí, típicamente utilizo el servicio regular de autobuses veces a la semana.
 Sí, lo usaba, pero deje de usarlo porque _____
 No

SECCIÓN 6. FRECUENCIA DE USO Y DESTINOS COMUNES

9. Provea una lista de doctores, facilidades médicas u otros lugares los cuales usted visita a menudo, y ¿Cómo usted llega a estos lugares hoy en día?
1. Nombre del doctor _____
Teléfono _____
Dirección _____
 2. Nombre del doctor _____
Teléfono _____
Dirección _____
 3. Otro destino _____
 4. Otro destino _____

¿Cómo llega usted a las citas descritas arriba? _____

SECTION 7. CERTIFICATION DEL SOLICITANTE

Yo entiendo que la información contenida en esta solicitud será confidencial y compartida solamente con profesionales envueltos en mi evaluación de elegibilidad para el servicio 'Paratransit Shared-Ride' de VOTRAN. Yo certifico que la información proveida en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que el proveer información falsa o engañosa, o el hacer falso testimonio en nombre de otros, constituye fraude y es considerado un delito grave bajo las leyes del estado de la Florida. Yo autorizo a los profesionales en la lista, a proveerle a VOTRAN información acerca de mi incapacidad y como esta afecta mi habilidad de viajar en el servicio de autobús regular de VOTRAN. Yo entiendo, que en cualquier momento puedo revocar esta autorización por medio de una notificación escrita a VOTRAN.

ESTA SOLICITUD DEBE SER FIRMADA ABAJO

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

ESTO CONCLUYE LA PARTE DE LA SOLICITUD A SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE.

LA ÚLTIMA PÁGINA DE ESTA SOLICITUD (SECCIÓN 8, SI ESTÁ INCLUIDA) DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN PROFESIONAL LICENCIADO

SECTION 8. PROFESSIONAL VERIFICATION
(SECCIÓN 8. VERIFICACIÓN PROFESIONAL)

Applicant's Name _____
(Nombre del Solicitante _____)

MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PROFESSIONAL
(DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL LICENCIADO)

The applicant who asked you to review and sign this application is applying to VOTRAN to be considered eligible for the VOTRAN Paratransit Shared-Ride Service. VOTRAN Paratransit Shared-Ride Service is intended only for those trips the applicant cannot make on VOTRAN regular bus service. This application is intended to determine when and under what circumstances the applicant can use VOTRAN regular bus service and when they require VOTRAN Paratransit Shared-Ride Service. Please review the information provided by the applicant in Sections 2 and 4 of this application and then answer the questions below: *(El solicitante que ha pedido que usted revise y firme esta solicitud, está aplicando a VOTRAN para ser considerado al servicio 'Paratransit Shared-Ride'. El servicio 'Paratransit Share-Ride es solamente para viajes los cuales el solicitante no pueda hacer mediante el uso del servicio regular de VOTRAN. El propósito de esta solicitud es el de determinar cuando y bajo que circunstancias el solicitante puede usar el servicio regular de VOTRAN y cuando requieren el servicio 'Paratransit Shared-Ride'. Favor de revisar la información proveida por el solicitante en las secciones 2 y 4 de esta solicitud, y conteste las siguientes preguntas:)*

- A. Has the applicant been diagnosed with cognitive, mental, physical or other disability?
¿Ha sido el solicitante diagnosticado con alguna incapacidad mental, física u otra?

<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	diagnosis & onset _____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	diagnostico y comienzo _____
		ICD – 9 codes _____
		<i>(ICD – 9 códigos _____)</i>
		DSM – IV codes _____
		<i>(DSM – IV códigos _____)</i>
		OS- visual acuity & field _____
		<i>(OS – agudeza y campo visual _____)</i>
		OD- visual acuity & field _____
		<i>(OD – agudeza y campo visual _____)</i>

- B. The applicant's disability is:
(La incapacidad del solicitante es:)

<input type="checkbox"/> Permanent	<input type="checkbox"/> Temporary – until when? _____
<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> Temporera – ¿Hasta cuando? _____

- C. Please describe all conditions (physical, cognitive, mental, other) which functionally prevent the applicant from using VOTRAN regular bus service: _____

(Por favor describa todas las condiciones (física, mental u otras) las cuales prevengan funcionalmente a el solicitante de utilizar el servicio regular de autobús VOTRAN: _____)

- D. Does the applicant require the assistance of a Personal Care Attendant (PCA) when traveling of public vehicle? Yes No I don't know
(¿Necesita el solicitante la asistencia de un encargado de asistencia personal cuando viaja en un vehículo público? Yes No No sé)

E. To the best of my knowledge, is the information provided in Sections 2 and 4 of this application true and correct? ___Yes _____No _____I don't know
(Bajo mi mejor conocimiento, la información proveida en las secciones 2 y 4 de esta solicitud es cierta y correcta _____Yes _____No _____No sé)

Signature: _____ Date _____
(Firma: _____ Fecha: _____)
Print or type Name and Title: _____
(Imprima o escriba a máquina su nombre y título _____)
State of Florida License Number: _____
(Número de licencia en el estado de la Florida _____)
Business Address: _____ Phone Number _____
(Dirección de Negocio _____ Teléfono _____)
City _____ State _____ Zip Code _____
(Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____)

Thanks for your assistance
(Gracias por su asistencia)

*For more information, please call or fax:
VOTRAN Customer Service Department
Phone (386) 756-7496 ext. 204
Fax (386) 322-5119*

(Para mas información, por favor lame o envíe un fax :
Departamento de Servicio al Cliente de VOTRAN
Teléfono (386) 756-7496 ext. 204
Fax (386) 322-5119)