



APLICACION PARA SERVICIOS DE TRANSPORTACION EN DESVENTAJA

Esta aplicación debe ser completada para recibir servicios de transportación a través de Fondos para Transporte del Estado en Desventaja. El costo es de \$5.00 (ida) y \$10.00 (ida y vuelta.) El costo puede ser reducido basado en las guías federales. El costo solo puede ser considerado para modificación cuando, todos los documentos sean entregados y revisados para todas las personas que residen en el hogar. La información obtenida en esta aplicación es privada, confidencial, y protegida bajo "Right to Privacy Act" e "HIPAA". (Derecho de la Ley Privada)

Si usted reside a la distancia de $\frac{3}{4}$ millas de la tasa fija del Condado Hernando (El autobús), usted no es elegible para el programa de Transportación en Desventaja. Si usted está discapacitado y no puede usar este sistema de transportación pública, contacte 352-754-4444

Por favor refiérase al boletín aquí incluido para más información sobre el sistema de Transporte del Estado en Desventaja. Si necesita más información, ayude completando esta aplicación por favor comuníquese al 352-799-1510.

Nombre del Aplicante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono #: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Seguro Social #: _____ Medicaid #: _____

¿Tiene vehículo? _____ si tiene, maneja algunas veces? _____

¿Usted está en esta categoría?

____ Mayor de 55 años de edad

____ Mayor de 55 años de edad y discapacitado- Limitaciones _____

____ Discapacitado- Limitaciones _____

____ Menor (menor de 17) requiere escolta

___ Usa Asistencia Mobilitaria? (Toda silla de ruedas debe tener frenos y base para relajar los pies)

___ Silla de ruedas regular

___ Andador

___ Silla de ruedas motorizad/Scooter

___ Baston

Usted requiere escorta(mayor de 17) para ser acompañado? Si ___ No ___

(Si necesita, Es su responsabilidad informarnos que tiene acompañante cuando este haciendo la reservación.)

Si usa oxígeno, El conductor no puede ayudar con el tanque. El tanque debe ser portátil y/o adjunto a la silla de ruedas/scooter. Tanque de oxígeno en portador de ruedas no es permitido.

Peso máximo(pasajero en silla de ruedas/scooter)no puede exeder las 600lbs. Altura y anchura limite a 30 x 48 medido dos pulgadas sobre el piso. Todo vehiculo motorizado debe ser inspeccionado y aprobado por la gerencia antes de el transporte.

Cuantas personas residen el la casa : ___ (liste todos los nombres, fecha de nacimiento, número de seguro social) Use la parte trasera de esta hoja si necesitas mas espacio) _____

Para ser considerado para la rebaja de la feria, todo el ingreso de la casa debe ser considerado. La reducción de la feria es basado en guias federales de pobreza. Por favor indique la cantidad de ingreso recibido para cada persona residiendo en el hogar por las siguientes fuentes: (Prueba de ingreso debe ser adjunta. (Adjuntar otra hoja si necesita mas espacio para reportar todos los miembros bajo el mismo hogar.)

		Cantidad mensual recibida		
Fuente de Ingreso	Usted	Miembro de la Familia #1	Miembro de la Familia #2	Miembro de la Familia #3
Empleador Actual				
Beneficio Seguro Social/SSI				
Retiro(Pensión)				
Inversiones				
Cupones de alimentos				
Manutención (hijos)				
Otros /misceláneos				
Ingreso total al mes	\$	\$	\$	\$

Yo, doy fe de que toda información prevista en esta aplicación es correcta y de haber algun cambio sera reportado a Trans-Hernando al acurrir.

Firma del Aplicante _____ Fecha: _____

Favor de enviar la aplicación a:



Attn: Finance

1122 Ponce De Leon Blvd.

Brooksville, FL. 34601

OR FAX 754-9390



