

Transportation Disadvantaged Program



Manatee County requiere que todos los pasajeros de Handy Bus usen los cinturones de seguridad durante el transporte. Gracias por su cooperación.

Manatee County Area Transit

2411 Tallevast Rd, Sarasota, FL 34243



Aplicación para el Transportation Disadvantaged Program (TD)

El Transportation Disadvantaged Program (TD) brinda transporte de menor costo para viajes vitales a la vida a residentes del Condado de Manatee cuyos ingresos brutos del hogar están por debajo del 200% de la pobreza y que no tienen otra manera de realizar estos viajes. Para solicitar, completa y presenta esta aplicación para cada miembro de su hogar que necesite este servicio (a partir de los seis años, los niños de 5 años y menores viajan gratis a MCAT). **Las solicitudes presentadas sin prueba de ingresos para todos los miembros de la familia no serán aprobadas hasta que se reciba.**

FECHA:	
NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	
CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL:	
TELÉFONO:	
FECHA DE NACIMIENTO:	

1. ¿Ya tiene transporte disponible para viajes vitales (trabajo, comida, medicina)?

Sí, casi siempre No, casi nunca

2. ¿Es elegible para un pase de autobús de: Medicaid, una agencia u otra organización?

Sí No

En caso afirmativo, especifique cuál: _____

3. ¿Eres un estudiante en una universidad local, universidad o escuela secundaria?

Sí No

En caso afirmativo, especifique cuál: _____

4. ¿Puedes usar el sistema de autobús regular de ruta fija de MCAT para todos tus viajes vitales?

Sí No

Si no, ¿por qué no? _____

5. Por favor, escriba su número de identificación para cada programa a continuación al cual usted es elegible:

MEDICAID #:	
MEDICARE #:	
NOMBRE DE AGENCIA:	



Aplicación para el Transportation Disadvantaged Program (TD)

6. ¿Tienes alguna discapacidad física?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿qué tipo(s)? _____

7. ¿Alguien en su hogar necesita una silla de ruedas para movilidad y transporte?

Yes

No

8. DEBE completar la siguiente tabla para cada familiar inmediato de su hogar (SUYO, cónyuge, padres, hijos, hijos adoptivos y adoptivos, hermanos, abuelos y nietos que viven en la misma dirección). Para el Ingreso bruto mensual, enumere todos los ingresos por fuente y adjunte comprobante de ingresos para cada fuente como se describe a continuación. El ingreso bruto es antes de todos los impuestos y retenciones e incluye el sueldo, la Seguridad Social, la Discapacidad, los beneficios en efectivo y la manutención de menores:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación Contigo	Ingreso Mensual Bruto

9. ¿Cuántas personas hay en su hogar (hogar incluye usted mismo y cualquier pariente que viva en la misma dirección)? _____

10. ¿Cuál es el ingreso bruto mensual de su hogar de la tabla anterior?

11. Adjunte comprobante de cada fuente de ingresos mencionada anteriormente para usted y todos los miembros de su hogar indicados/mencionados en esta solicitud. Proporcione copias como prueba de ingresos. Las copias no serán devueltas.

Las formas aceptables de comprobante de ingresos incluyen copias actuales de:

- 1ra página de su declaración de impuestos
- Carta de Beneficio en Efectivo/Manutención de Menores de DCF
- Mínimo de (2) talones de pago más recientes
- Verificación de Ingresos por Compensación por Desempleo
- Carta de verificación de ingresos de la Seguridad Social o Carta de ingresos (incluye SSI y SSDI)
- Declaración de jubilación/pensión (incluye VA)

Si nadie en su hogar tiene ingresos, debe presentar un comprobante de elegibilidad para cupones de alimentos o una carta firmada en papel membretado de la agencia que verifique que no tiene ingresos. Las solicitudes que no estén completas con las pruebas de ingresos/no ingresos no serán aprobadas para TD hasta que se reciba la información adecuada.



Aplicación para el Transportation Disadvantaged Program (TD)

NOMBRE DE SOLICITANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

12. ¿Cuántos días en el mes calendario necesitarás servicios de MCAT para llegar a:

Médico/Salud: # Días _____
Incluye médicos, dental, farmacia, salud mental, tratamiento de drogas y grupos de apoyo de AA/NA/PTSD (enumere el número de teléfono de cada uno en la siguiente sección para la verificación).

Comida: # Días _____
Incluye supermercados y otras tiendas de alimentos, así como sitios de distribución de alimentos y comidas grupales.

Servicios Vitales: # Días _____
Incluye agencias gubernamentales y no gubernamentales de servicios sociales, bancos, sitios de pago de facturas de servicios públicos y servicios de cambio de cheques.

Empleo: # Días _____
Incluye solo trabajos remunerados, no voluntarios / trabajo sin pago.
(enumere el número de teléfono y el horario de trabajo de cada trabajo en la siguiente sección para la verificación)

Entrenamiento Requerido por el Trabajo: # Días _____
Incluye solo cursos o entrenamiento requerido por su empleador actual.

Otra Educación y Entrenamiento: # Días _____
Incluye cursos a excepción de cursos o entrenamiento mencionado anterior.

Otros Viajes Vitales NO Contado Anteriormente: # Días _____

Número total de todos los viajes enumerados anteriormente: # Gran Total: _____

Al firmar este formulario, declaro que la información que he proporcionado es verdadera y completa a mi leal saber y entender; si se falsifica, mis servicios de TD se suspenderán:

FIRMA _____ **FECHA** _____

Póngase en contacto con MCAT dos semanas después de enviar su aplicación para averiguar su estado de elegibilidad. Los pases de autobús se emiten del 1 al 10 de cada mes, con una identificación con foto válida emitida por el gobierno. Consulte la página de Transportation Disadvantaged Program en www.mymanatee.org/mcat para obtener más detalles.

Lleve este formulario completo a un empleado de ventas e información de MCAT en una estación de tránsito o envíe por correo a:

Transportation Disadvantaged Program, 2411 Tallevast Road, Sarasota, FL 34243
Phone: (941) 747-8621