
1212 GEORGE JENKINS BLVD., LAKELAND, FL 33815 | 855-POLKBUS (765-5287) | WWW.RIDECITRUS.COM

Estimado Cliente:

Gracias por contactar a Citrus Connection con relación al servicio de transporte.

El Programa CTD (Programa de Transporte Comunitario para Personas Desfavorecidas) ofrece transporte al centro más cercano para:

- Servicios Médicos relacionados con la salud (ubicación más cercana)
- Solicitudes médicas a más de 20 millas requieren una referencia médica.
- Supermercado (ubicación más cercana)
- Farmacia (ubicación más cercana)
- Educación (20 millas o menos)
- Empleo (20 millas o menos)
- Servicios sociales (20 millas o menos) – Máximo dos viajes de ida y vuelta por mes.
- Recreación (20 millas o menos) – Máximo un viaje de ida y vuelta por mes.

Con un preaviso de tres (3) a catorce (14) días (no incluye sábados, Domingos o días de Fiesta)

Vea a continuación el proceso de aplicación para el Programa CTD:

- Revisión de la solicitud
- Evaluación de la dirección, si es necesario.
- Evaluación Financiera para determinar el copago **(por favor envíe copias de la documentación)**

Para obtener detalles de envío y asistencia, comuníquese con:

Especialista en Admisión
Centro de Llamadas de Movilidad Regional (RMCC)
(863)534-5500, Opción 3
Lunes a viernes 8:00 AM – 5:00 PM

Sinceramente,

Especialista en Admisión

Lista de Verificación de Elegibilidad para el Programa CTD de No-Emergencia de Transporte

La información de esta lista de verificación es necesaria para determinar su elegibilidad para servicios de transporte con descuento. **Por favor devuelva la documentación que se indica a continuación a su Especialista de Admisión por correo o por fax:**

Citrus Connection
1120 George Jenkins Blvd.
Lakeland, FL 33815

Si tiene alguna pregunta de esta lista de verificación, por favor llame a nuestra oficina (863)534-5500 Opción 3 para Admisión; lunes a viernes, 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

1. Residencia en el Condado de Polk

- Envíe una copia de su licencia de conducir vigente o identificación estatal.
- Escritura o contrato de arrendamiento de la dirección que se va a servir.
- Cuenta de servicios públicos con la dirección que se va a servir.
- Carta del propietario si alquila una habitación.
- Carta de un familiar para residentes temporales que residan en el Condado de Polk por 6 meses o más.

2. Gastos de Alquiler/Hipoteca (Por favor proporcione **UNA copia actual** de los siguientes documentos):

- Recibo de alquiler.
- Declaración del arrendador.
- Declaración de una persona que viva con usted.
- Documentos de hipoteca.
- Carta de Referencia del Talbot House/Organización asociada con personas sin hogar.

3. Hogar (Por favor proporcione **TODAS las copias actuales** de los siguientes documentos que correspondan a su hogar):

- Carta de aprobación del seguro social.
- Colillas de pago del empleador por 4 semanas.
- Documentación de la compensación por desempleo.
- Declaración Trimestral de impuestos de trabajo por cuenta propia.
- Tarjeta de Medicaid / Tarjeta de Medicare.
- Documentación de la participación de los costos para personas con necesidades médicas.
- Carta de cupones de alimentos con el monto aprobado.
- Cualquier otro ingreso no mencionado.

4. Gastos (Por favor proporcione **TODAS las copias actuales** de los siguientes documentos que aplican a su hogar):

- Gastos del hogar (Alquiler, Hipoteca, servicios públicos, etc.)
- Documentación de pagos de carro.
- Cualquier otra documentación no mencionada como pagos de primas de seguro, etc.
- Gasto mensual estimado en comestibles (por favor, anote el estimado en una de sus copias de gastos)
- No podemos aceptar documentación de deudas de consumo como gastos del hogar.

POR FAVOR ENVIE COPIAS ACTUALES/MAS RECIENTES DOCUMENTOS

**Solicitud para el Programa de Desventajas del
Transporte Comunitario**

Devuelva el formulario completo

Citrus Connection

1120 George Jenkins Blvd.,

Lakeland, FL 33815

Atención: PT Connect

Número de Fax: (863)327-1366, o

Email: AIRMCC_Employees@ridecitrus.com

Solamente para uso Oficial:

Eligibility criteria: _____

Application Process Date: _____

Address verification Date: _____

Results Letter sent: _____

Financial and Eligibility Documents Received Dates:

Denial Date: _____

Denial Reason: _____

Staff Signature: _____

Información Personal

Primer Nombre: _____ Inicial 2do: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Proporcione la dirección de correo si es diferente a la anterior:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de celular: _____

E-mail: _____

Medio de contacto preferido: Teléfono Mensaje de texto E-mail

Nombre de contacto de emergencia / Teléfono / relación: _____

Número de miembros de la casa: _____ Movilidad del cliente: Ambulatorio Silla de ruedas

¿Requiere de un Asistente de Cuidado Personal? _____ Animal de servicio? _____

Si respondió que Sí a un Asistente de Cuidado Personal, explique por qué? _____

¿Es usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos con derecho a recibir beneficios para veteranos?

Sí No

Cobertura de seguro: Plan de Salud de Polk: Otro:

¿Qué compañía provee su seguro? _____

Nombre, dirección y número de teléfono de su Doctor Primario: _____

¿Cuándo fue su última visita? _____

¿Visita a algún especialista? Sí No

Nombre, dirección y número de teléfono de sus especialistas:

1. _____
2. _____
3. _____

¿Qué tan frecuente usted visita el especialista? _____

¿A dónde necesita transporte?

Tienda de comestibles Farmacia Doctor
Educación Empleo

Si usted escogió educación, por favor proporcione el nombre de la Institución y la dirección: _____

Si usted seleccionó Empleo, por favor proporcione el nombre de la Empresa y la dirección: _____

Disponibilidad de Transporte

¿Usted o algún miembro de su casa posee un automóvil? Sí No
Si sí, puede este vehículo ser usado para sus necesidades de transporte? Sí No

Si respondió No, explique por qué? _____

¿Qué transporte utiliza actualmente? _____

¿Vive usted a $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta de bus fija? Sí No
¿Puede usted usar el autobús de ruta fija para sus necesidades de transporte? Sí No

Si respondió No, explique por qué? _____

Entiendo y afirmo que la información proporcionada en esta solicitud para los servicios de CTD(NET) es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender, y se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con los profesionales médicos y de transporte que participan en la evaluación y determinación de mis necesidades y elegibilidad para el transporte. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa, o hacer declaraciones fraudulentas o falsas en nombre de terceros constituye un delito grave según las leyes del Estado de la Florida. Entiendo que se devolverán las aplicaciones incompletas y que no se determinará la elegibilidad hasta que se proporcione toda la información.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

Otra persona como su representante personal (padre, tutor, familiar, etc.)

Nombre del Representante: _____

Relación: _____ **Firma** _____

Fecha: _____

Aviso de HIPAA/Información de Autorización Médica

Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar mi elegibilidad para el servicio de Paratransito. Entiendo que la información sobre mi discapacidad se mantendrá confidencial y Citrus Connection solo compartirá mi información médica de la manera necesaria para documentar mis capacidades o discapacidades, y únicamente con profesionales de la salud que participen en el proceso de evaluación o certificación, según sea necesario, para determinar mi elegibilidad para los servicios de transporte puerta a puerta. Autorizo a mis representantes médicos a divulgar y compartir toda la información médica de este asunto con Citrus Connection. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la revocación de mi elegibilidad. No completar esta aplicación podría resultar en la elegibilidad incompleta del cliente para usar PT Connect (*HIPPA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, Ley de 1996*).

Primer Nombre: _____ 2do I.: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono casa: _____ Número de celular: _____

E-mail: _____

Solicitar la divulgación de información a: _____

Indique el nombre del médico, hospital, clínica o Centro de cuidado asistido:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de Fax: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Otra persona como su representante personal (padre, tutor, familiar, etc.)

Nombre del Representante: _____

Relación: _____ Firma _____ Fecha: _____