



Mail Original Application:
Envíe por Correo la Aplicación Original:
HARTPlus Paratransit Program
1201 E. 7th Avenue
Tampa, FL 33605

Dear Applicant:

Thank you for inquiring about HARTPlus Paratransit Program. Enclosed is the application you requested. HART provides door-to-door shared-ride van service to individuals in accordance with the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA) guidelines, who are prevented from using HART regular bus service because of their disability. Please keep in mind that per ADA regulations, HART is only able to provide paratransit service within the area of service as determined by a $\frac{3}{4}$ of a mile radius to all local fixed bus routes.

This paratransit service is available to individuals whose disabilities prevent them from getting to a bus stop or using the HART regular buses. An ADA compliant accessible vehicle will pick you up from in front of your point of origin and drop you off in front of your destination. The fare for HARTPlus is \$4.00 per each one-way trip.

To enable us to accurately determine your eligibility for this service, please fill out the enclosed application form as thoroughly as possible. The questions in each section of this application are meant to determine the specific limitations you may have using HART regular bus service. They may also determine when and under what circumstances you may be able to use the regular bus service or when you will need to utilize HARTPlus Paratransit service. **We do not accept copies, faxes or scans. If any sections are faxed or left blank, the application will not be processed.**

Part of the application process also includes an in-person interview to be conducted at the Marion Transit Center (1211 N. Marion Street, Tampa, FL 33602). You will be scheduled for the interview and notified by mail or phone. HART provides eligibility determination in writing 21 days of the completed application process, which includes the in-person interview.

Note: If the eligibility determination is not made within 21 days of completion, temporary service begins on the 22nd day.

All information provided in the application is kept confidential. If you have questions about the application or HARTPlus Paratransit Program or eligibility, please call: **(813) 384-6445 or (813) 384-6305.**

Mail your original completed application to:

HARTPlus Paratransit Program
1201 E. 7th Avenue
Tampa, FL 33605

**KEEP THIS LETTER
FOR YOUR RECORDS**

Sincerely,
HARTPlus Paratransit Department

***Nota: Para español voteé la página**



Mail Original Application:
Envíe por Correo la Aplicación Original:
HARTPlus Paratransit Program
1201 E. 7th Avenue
Tampa, FL 33605

Estimado Solicitante:

Gracias por preguntar sobre el Programa de Paratransito HARTPlus. Adjunto encontrará la aplicación que solicitó. HART provee servicio de transportación de puerta a puerta de viajes compartidos en minibús de acuerdo a las pautas del Acta de Americanos Discapacitados del 1990 (ADA) a aquellos individuos que no pueden utilizar el servicio de autobuses regulares de HART debido a su incapacidad. Tenga en cuenta que por las regulaciones del ADA, HART solamente puede proveer servicio de paratransito en el area de servicio determinada por un $\frac{3}{4}$ de un radio de milla de las rutas locales de autobuses.

Este servicio de paratransito está disponible para individuos los cuales sus incapacidades les impide llegar a una parada de autobuses o utilizar el servicio regular de autobuses de HART. Un vehículo certificado por el ADA lo recogerá frente a su punto de origen y lo dejará frente a su destinación. La tarifa de HARTPlus es \$4.00 por cada viaje de una ida.

Para permitirnos determinar con exactitud su elegibilidad para este servicio, por favor complete la aplicación adjunta lo más completa posible. Las preguntas en cada sección de esta aplicación están destinadas a determinar las limitaciones específicas que usted pueda tener al usar el servicio regular de autobuses de HART. También podrán determinar cuando y bajo qué circunstancias usted podría utilizar el servicio regular de autobús o cuándo usted necesitará utilizar el servicio de paratransito HARTPlus. **No aceptamos copias, faxes o escanea copia. Si envía su solicitud por fax o la deja en blanco, la solicitud no será procesada.**

Parte del proceso de la aplicación incluye una entrevista en persona conducida en el Marion Transit Center (1211 N. Marion Street, Tampa, FL 33602). Usted será citado para la entrevista y notificado por correo o por teléfono. HART proveerá la determinación de elegibilidad por escrito dentro de un periodo de 21 días de completar el proceso de la aplicación, el cual incluye la entrevista en persona.

Nota: Si la determinacion de elegibilidad no se hace dentro de los 21 dias, servicio temporero empezaria en el dia siguiente de haber terminado el proceso.

Toda la información provista en la aplicación se mantendrá confidencial. Si usted tiene preguntas sobre la aplicación, el programa de paratransito HARTPlus o elegibilidad, por favor llame al: **813-384-6445 o 813-384-6305.**

Envíe por correo su aplicación original a:

HARTPlus Paratransit Program
1201 E. 7th Avenue
Tampa, FL 33605

GUARDE ESTA CARTA

Atentamente,
Departamento de Paratransito HARTPlus



Mail Original Application:
 Envíe por Correo la Aplicación Original:
HARTPlus Paratransit Program
 1201 E. 7th Avenue
 Tampa, FL 33605

SECTION 1: GENERAL INFORMATION

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL

Mr. Mrs. Ms. Male Female
 Sr. Sra. Srta. Masculino Femenino

Last Name: _____

Apellido:

Street Address: _____

Dirección:

City: _____

Ciudad:

Birthdate: _____

Fecha de Nacimiento:

First Name: _____

Nombre:

MI: _____

Inicial:

Apt./Building: _____

Número de Apartamento/Edificio

State: _____

Estado:

Zip Code: _____

Código Postal:

Phone: _____

Teléfono:

Please list the name and telephone number of two (2) persons to call in case of an emergency:

Favor de listar los nombres y números telefónicos de dos (2) personas a llamar en caso de emergencia:

Name: _____

Nombre:

Relationship: _____

Relación:

Home Phone: _____

Teléfono del Hogar:

Work Phone: _____

Teléfono del Trabajo:

Name: _____

Nombre:

Relationship: _____

Relación:

Home Phone: _____

Teléfono del Hogar:

Work Phone: _____

Teléfono del Trabajo:

Do you need information and materials given to you in any of the following formats?:

¿Necesita usted información y materiales en los siguientes formatos?

Large Print

Letras Grandes

Audio

Audio

Braille

Escritura en relieve

Others

Otros

The person who assisted you filling out this application is a: **Friend** **Relative** **Professional**

La persona que le ayudó a llenar esta aplicación es:

Amigo

Familiar

Profecional

Name: _____

Nombre:

Phone: _____

Teléfono:

Address: _____

Dirección:

City: _____

Ciudad:

State: _____

Estado:

Zip Code: _____

Código Postal:

If professional, list agency: _____

Si fue un profesional, liste la agencia:

SECTION 2: APPLICANT'S ABILITY TO USE REGULAR BUS SYSTEM

SECCIÓN 2: ABILIDAD DEL SOLICITANTE PARA USAR EL SISTEMA REGULAR DE AUTOBUSES

1. Do you currently use regular bus service at all?

Yes

No

¿Usa usted actualmente el servicios regular de autobuses?

Si

No

2. Can you get on and off a regular bus?

¿Puede usted subirse y bajarse de un autobús regular?

Yes

Si

No

No

Sometimes

En ocasiones

I don't know, I have never tried

No sé, nunca he tratado

Note: All buses are fully accessible with wheelchair lifts, many also have a kneeler which lowers the height of the steps to the curb.

Nota: Todos los autobuses están equipados para acomodar personas con sillas de ruedas y también tienen sistemas hidráulicos para los escalones en las curvas.



3. If you are able to get on and off regular buses, can you get to a seat or wheelchair position by yourself and ride the bus?

Si usted pudiese entrar y salir de los autobuses regulares, ¿podría usted sentarse o acomodar su silla de ruedas por si mismo(a)?

- Yes** **No** **Sometimes** **I don't know, I have never tried**
 Si No En ocasiones No sé, nunca he tratado

4. Using a mobility aid or on your own, how far can you travel?

¿Usando algo para ayudarte a caminar o usted solo, cuán lejos usted puede viajar?

Check one:

Travel outside my house/apartment:

Viajar fuera de mi casa/apartamento:

- Can** **Cannot**
 Puedo No Puedo

Travel up to 6 blocks (1/2 mile):

Viajar hasta 6 cuadras (1/2 de milla):

- Can** **Cannot**
 Puedo No Puedo

Get to the curb in front of my house/apartment:

Llegar a la acera al frente de mi casa/apartamento:

- Can** **Cannot**
 Puedo No Puedo

Travel up to 15 blocks (3/4 mile):

Viajar hasta 15 cuadras (3/4 de milla):

- Can** **Cannot**
 Puedo No Puedo

5. How long can you wait for a regular local bus?

¿Cuánto tiempo puede usted esperar en la parada por el autobús local?

- Five (5) minutes** **Ten (10) minutes** **More than ten (10) minutes**
 Cinco (5) minutos Diez (10) minutos Más de diez (10) minutos

6. What are the barriers encountered when traveling to and from bus stops? (describe: sidewalks, roadway traffic norms, traffic signals, curbs, terrain, business, etc...)

¿Cuáles son las barreras con las que usted se encuentra que le dificultan ir y regresar de la parada? (describa: las aceras, las normas de tráfico de la calle, las señales de tráfico, las curvas de las calles, el terreno, los negocios adyacentes, etc...)

7. Please read the following statements and check those which best describe your ability to use regular bus service. You may select more than one:

Favor de leer las siguientes declaraciones y marque las que mejor describan su habilidad para usar el servicio regular de autobús. Puede seleccionar más de una:

I have a temporary disability which prevents me from getting to the bus stop or using the service. I will need shared-ride van service only until I recover.

Tengo una incapacidad temporal que me impide llegar a la parada del autobús o utilizar el servicio. Necesitaría utilizar el servicio de viajes compartido en minibus hasta que me recupere solamente.

I cannot get to the bus stop.

No puedo llegar a la parada del autobús.

I have a cognitive disability which prevents me from remembering and understanding all I have to do to find my way to and from the bus stop and to ride the bus.

Tengo una incapacidad cognoscitiva la cual me impide recordar y entender todo lo que tengo que hacer para encontrar la parada y usar el autobús.

I have a visual disability which prevents me from finding my way to and from the bus stop.

Tengo una incapacidad visual la cual me impide encontrar la parada del autobús.

I have a severe medical condition. My condition results in an impairment which makes it impossible for me to use regular bus service.

Tengo una condición médica severa. Mi condición resulta en un impedimento el cual hace imposible el utilizar el servicio regular de autobús.



I have an episodic disability. I can use the bus on those days when I am feeling well, but on bad days, I can't make it to the bus stop, or even get on the bus.

Tengo una incapacidad por episodios. Puedo utilizar el autobús en ocasiones, cuando me siento bien, pero en mis días malos, no puedo llegar a la parada del autobús, ni siquiera usar el autobús.

SECTION 3: INFORMATION ABOUT YOUR DISABILITY AND MOBILITY EQUIPMENT

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE SU INCAPACIDAD Y EQUIPO DE MOBILIDAD

1. Explain your disability: _____

Explique su incapacidad:

2. Currently how do you get to your destinations?

Actualmente, ¿cómo llega usted a sus destinos?

- Car** **Cab** **Bus** **Other:** _____
 Carro Taxi Autobús Otro:

3. What type or types of disabilities prevent you from using regular bus services? (check all that apply)

¿Qué tipo o tipos de incapacidades le impiden usar el servicio regular de autobús? (marque todas las que apliquen)

- Mobility disability** **Visual impairment / blindness**
 Impedimento físico Impedimento visual / ceguera
- Developmental disability** **Cognitive / mental illness**
 Impedimento de desarrollo mental Enfermedad cognoscitiva / mental
- Health-related condition** **Oxygen** **Seizures**
 Condición relacionada con la salud Oxígeno Ataques
- Other:** _____
 Otros:

4. Is your disability: **Permanent** **Temporary** **I don't know** **Episodic**
 Es su incapacidad: Permanente Temporal No sé Por episodios

If temporary, how many months? _____

Si es temporal, ¿cuántos meses?

5. Please indicate below if you use any of the following mobility aids or equipment:

Favor de indicar abajo si usted utiliza cualquiera de los siguientes equipos de movilidad:

- Cane** **Long white cane** **Crutches**
 Bastón Bastón blanco largo Muletas
- Walker** **Manual wheelchair** **Powered wheelchair**
 Andador Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica
- Power scooter** **Service animal (describe):** _____
 Triciclo eléctrico Animal de servicio o guía (describa):
- Other:** _____
 Otro:

Note: The HARTPlus vehicles can accommodate wheelchairs and other mobility devices having widths from a range of 30"-33" and 50" to 63" in length depending on the vehicle type. All types of HARTPlus vehicles have a maximum weight limit of 800 pounds.

Nota: Los vehiculos de HARTPlus pueden acomodar sillas de ruedas y otros instrumentos de movilidad que tengan un ancho de 30" a 33" y de largo desde 50" hasta un maximo de 63" dependiendo del tipo de vehiculo. Todos los vehiculos de HARTPlus tiene un limite maximo de 800 libras de peso.



Mail Original Application:
 Envíe por Correo la Aplicación Original:
HARTPlus Paratransit Program
 1201 E. 7th Avenue
 Tampa, FL 33605

HARTPlus Paratransit Program Medical Release Form (Applicant must fill-out)

Programa de Paratransito HARTPlus Autorización de Publicar Información Médica (Solicitante tiene que completar)

Applicant's Name: _____ **Date of Birth:** _____

Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Applicant's Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Dirección del Solicitante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Doctor's Name: _____ **Phone:** _____ **Fax:** _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Doctor's Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Dirección del Médico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Note: The above applicant is responsible for any charges.

Nota: El solicitante es responsable de cualquier cargo.

I hereby authorize the release of the following information or records. (Please check, you may select more than one)

Por este medio autorizo la publicación de la siguiente información o archivos. (Favor de marcar, puede seleccionar más de uno)

- Intake, psychological, psychiatric evaluations**
Admisión, psicológico, psiquiátrico
- Medical history record**
Archivo de historial médico
- Other (please specify):** _____
Otro (favor de especificar): _____
- Treatment notes and summaries**
Notas o resúmenes de tratamientos

This information may not be disclosed to any further party or agency. I understand that I have the right to inspect the information which will be released through this authorization and such inspection will be noted in writing, in the file of the person about whom the information is being released, obtained, or exchanged. I understand that this consent is subject to revocation at any time by sending written notice to the HARTPlus Paratransit Program. This release expires three (3) years from the current date.

Esta información no podrá ser divulgada a ninguna otra entidad o agencia. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información que será publicada a través de esta autorización y tal inspección será anotada por escrito en la carpeta de la persona la cual la información está siendo publicada, obtenida o intercambiada. Entiendo que este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento enviando una nota por escrito al Programa de Paratransito HARTPlus. Esta autorización de publicar expira tres (3) años después de la fecha actual.

(Please print name): _____ **(Applicant)** has applied for enrollment in HARTPlus Paratransit Program. This program provides transportation for individuals with disabilities as well as travel training. The information requested is necessary to complete the application process to determine if the individual qualifies for the program. The information will be treated confidential and will remain in the HARTPlus Paratransit Department.

(Favor de imprimir el nombre): _____ (Solicitante) ha aplicado para ingresar en el Programa de Paratransito HARTPlus. Este programa provee transportación a individuos con incapacidades asi como también entrenamiento de viaje. La información solicitada es necesaria para completar el proceso de aplicación para determinar si el individuo califica para el programa. La información será tratada como confidencial y se mantendrá en el Departamento de Paratransito HARTPlus.

Signature of Applicant: _____ **Date:** _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Signature of Parent or Guardian: _____ **Date:** _____

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

HARTPlus Paratransit Representative: _____ **Date:** _____

Representante de Paratransito HARTPlus: _____ Fecha: _____



Mail Original Application:
 Envíe por Correo la Aplicación Original:
HARTPlus Paratransit Program
 1201 E. 7th Avenue
 Tampa, FL 33605

APPLICANT’S CERTIFICATION
 Certificación del Solicitante

In compliance with the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), HART provides paratransit service to anyone with a disability, who qualifies and who cannot use the regular bus system and who is traveling within ¾ mile of a local fixed bus route. This shared-ride van service is intended only for those trips that the person cannot make on regular bus system. This application is intended to determine when and under what circumstances the applicant can use shared-ride van service. I understand that the purpose of this application is to determine if there are times when I cannot use the regular bus system provided and will need to use the shared-ride van system. I understand that all of the information concerning my disability and discussed in this application will be kept confidential and shared only with professionals that will be involved in the determination of my eligibility. I certify that, to the best of my knowledge, all of the information in this application is true and correct. I authorize any professional-organization and/or agency listed in this application and on the professional verification form to release information relating to my disability to the HARTPlus Paratransit Program representative to perform eligibility determinations.

Siguiendo lo estipulado por el Acta de Americanos Discapacitados del 1990 (ADA), HART provee servicios de paratransito a cualquier persona con una incapacidad, quienes califican y no pueden usar el sistema regular de autobuses y quienes viajan en un radio de ¾ de milla de la ruta del autobús regular. Los servicios de viajes compartidos en minibus están provisto para esos viajes que las personas no pueden hacer utilizando el servicios regular de autobuses. Esta aplicación está provista para determinar cuándo y bajo qué circunstancias el solicitante puede utilizar los servicios de viajes compartidos en minibus. Entiendo que el propósito de esta aplicación es el determinar si hay ocasiones en las que no puedo utilizar el sistema regular de autobuses y necesitaría utilizar el servicio de viajes compartido en minibus. Entiendo que toda la información concerniente a mi incapacidad y discutida en esta aplicacion se mantendrá confidencial y será compartida solamente con profecionales que estarán determinando mi elegibilidad. Certifico que, en lo mejor de mi conocimiento, toda la información es cierta y correcta. Autorizo a cualquier profesional/organización y/o agencia listada en esta aplicación y en la forma de verificación por un profesional a publicar información relacionada a mi incapacidad al representante del Programa de Paratransito HARTPlus para hacer determinaciones de elegibilidad.

Applicant’s Signature: _____
 Firma del Solicitante:

Date: _____
 Fecha:



PROFESSIONAL VERIFICATION FORM
 Verificación Profesional

This form must be completed by Certified Health Professional:

Este formulario deberá ser completada por un profesional de la salud certificado:

Examples: Physician, Certified Nurses, Licensed Therapist etc...

For your convenience enclosed you will find a Medical Release Form which will expedite the process of your application. Please advise the healthcare provider this form must be completed promptly to help determine your eligibility for the HARTPlus Paratransit Program. In accordance with federally mandated ADA laws, HART provides paratransit (door-to-door shared-ride van) services in specially-equipped vans to persons whose disability prevents them from using a regular bus system. Only professionals who have knowledge of the applicants' functional ability or limitations to use the regular bus system should complete this form. Please assist us in determining these individuals that, by reason of their disability are truly unable to use the regular bus system. You may use the reverse side of this form for specifics.

Applicant's Name: _____ I have treated the applicant for the past: _____ **Year/s Month/s Week/s.**

To ensure a prompt determination on this application, please answer all of the following questions:

1.) What is the applicant's Diagnosis and Disability? (Please be specific):

2.) Please describe the physical and/or cognitive condition and how it functionally prevents the applicant from using the regular bus transportation? (All Buses are 100% ADA accessible) (Please be specific):

3.) Any other conditions from the applicant's disability that HART should be aware of?

Yes No If yes, please describe: _____

4.) Is this disability temporary? Yes No If yes, how long? _____

5.) On sensory or cognitive impairments, is the applicant able to?

- Yes No **Communicate addresses, destinations and telephone numbers upon request.**
- Yes No **Ask for, understand and follow directions.**
- Yes No **Recognize a destination or landmark.**
- Yes No **Deal with unexpected situations or changes in routine.**
- Yes No **Safely and effectively travel through crowded and or complex facilities.**

Name (Print): _____ **Title:** _____ **Medical License No.:** _____

Office Address: _____

Phone: _____

Medical Stamp Below: (Optional)

Signature: _____

Date: _____