



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. HARTPlus 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's local bus service because of their disability. In accordance to ADA regulations, 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. HART is only able to provide paratransit service within a 1 ½ of a mile radius to all local fixed bus routes.

The fare for HARTPlus is \$4.00 per one-way trip.

Part of the eligibility process is to fill out the 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 local bus service. They may also determine when and under what circumstances you may be able to utilize the local bus service or the HARTPlus Paratransit service. **Copies, faxes, scans or incomplete applications will not be processed.**

In addition, 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 notified and scheduled for the interview once we receive your application.

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) 254-4278**.

Mail your original completed application to:

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

Sincerely,
HARTPlus Paratransit Department

***Nota: Para español voté la página**

**KEEP THIS LETTER
FOR YOUR RECORDS**



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. HART ofrece servicio de transportación de puerta a puerta de viajes compartidos en minibus de acuerdo a las pautas del Acta de Americanos Discapacitados del 1990 (ADA) para aquellos individuos que no pueden utilizar el servicio de autobuses regulares de HART debido a su incapacidad. Un vehículo certificado 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.** HART sólo ofrece este servicio a 1 ½ millas de las rutas locales de autobuses.

Parte del proceso de elegibilidad incluye completar esta aplicación completamente. Las preguntas en cada sección nos ayudan a determinar sus limitaciones específicas que le impiden utilizar el autobús local. Además, nos permite determinar cuándo y en cuales situaciones puede utilizar el autobús local y el servicio de Paratransito.

Las fotocopias, faxes y aplicaciones incompletas no serán procesadas.

Parte del proceso de la aplicación incluye una entrevista en persona en el **Marion Transit Center (1211 N. Marion Street, Tampa, FL 33602)**. Le llamaremos para darle una cita para la entrevista.

Si la determinación de elegibilidad no se hace dentro 21 días, le ofreceremos servicio temporal a los 22 días.

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: **813-254-4278**.

Envíe su aplicación original por correo a:

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

Atentamente,
Departamento de Paratransito HARTPlus

GUARDE ESTA CARTA



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.**
 Señor Señora Señorita

Male **Female**
 Masculino Femenino

Last Name: _____ **First Name:** _____ **Middle Initial:** _____
 Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Street Address: _____ **Apt./Building:** _____
 Dirección: _____ Número de Apartamento/Edificio: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Birthdate: _____ **Phone:** _____ **E-Mail:** _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Please list the name(s) and telephone number(s) of two (2) persons to call as an authorized caller on your behalf and that HART may contact in case of an emergency:

Indique los nombres y números de teléfono de dos (2) personas que pueden llamar en su nombre y que podamos llamar en caso de emergencia:

Name: _____ Nombre: _____	Home/Cell Phone: _____ Teléfono del Hogar/Célula: _____
Relationship: _____ Relación: _____	Work Phone: _____ Teléfono del Trabajo: _____
Name: _____ Nombre: _____	Home/Cell Phone: _____ Teléfono del Hogar/Célula: _____
Relationship: _____ Relación: _____	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 **Audio** **Braille** **Others**
 Letras Grandes Audio Escritura en relieve 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 Profesional

Name: _____ **Phone:** _____
 Nombre: _____ Teléfono: _____

Address: _____
 Dirección: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

If professional, list agency: _____
 Si fue un profesional, indique el nombre de la agencia: _____



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

SECTION 2: INFORMATION ABOUT YOUR DISABILITY AND MOBILITY EQUIPMENT

SECCIÓN 2: 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. **How far can you walk?:** _____ **(Blocks)**
 ¿Cuán lejos puede caminar? (Bloques)

4. **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
Impedimento físico | Visual impairment/Blindness
Impedimento visual/Ceguera | Seizures
Convulsiones |
| Developmental disability
Impedimento de desarrollo mental | Cognitive
Cognoscitiva | Mental Health Illness
Enfermedad Mental |
| Health-related condition
Condición relacionada con la salud | Oxygen
Oxígeno | Hearing Impaired
Audición |

Other: _____
 Otros:

5. **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?

6. **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
Bastón | Long white cane
Bastón blanco largo | Crutches
Muletas |
| Walker
Andador | Manual wheelchair
Silla de ruedas manual | Powered wheelchair
Silla de ruedas eléctrica |
| Power scooter
Triciclo eléctrico | Service animal (describe): _____
Animal de servicio o guía (describa): | |

Other: _____
 Otros:

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

SECTION 3: APPLICANT’S ABILITY TO USE REGULAR BUS SYSTEM

SECCIÓN 3: ABILIDAD DEL SOLICITANTE PARA USAR EL SISTEMA REGULAR DE AUTOBUSES

1. **Do you currently use the regular bus service?:** 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 No Sometimes I don’t know, I have never tried
 Si No En ocasiones 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 que bajan la altura del escalón.

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 ayudarle a caminar o usted solo, cuán lejos usted puede viajar? **Check one:**

Travel outside my house/apartment: Viajar fuera de mi casa/apartamento:	Can Puedo	Cannot No Puedo
Travel up to 6 blocks (1/2 mile): Viajar hasta 6 cuadras (1/2 de milla):	Can Puedo	Cannot No Puedo
Get to the curb in front of my house/apartment: Llegar a la acera al frente de mi casa/apartamento:	Can Puedo	Cannot No Puedo
Travel up to 15 blocks (3/4 mile): Viajar hasta 15 cuadras (3/4 de milla):	Can Puedo	Cannot 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 que le dificultan ir y regresar de la parada? (describa: las aceras, las normas de tráfico de la calle, las señales de tráfico, los bordes de las calles, el terreno, los negocios, etc...)



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

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 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 hasta que me recupere.

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.



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 1 ½ 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 1 ½ 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, en lo mejor de mi conocimiento, que toda la información es cierta y correcta. Autorizo a cualquier profesional, organización y/o agencia mencionada en esta aplicación a compartir información relacionada a mi incapacidad con HARTPlus para determinar mi elegibilidad.

If you are unable to sign for any reason, you may submit the application without a signature.

Applicant’s Signature: _____
 Firma del Solicitante:

Date: _____
 Fecha:



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

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: _____ **Date of Birth (DOB):** _____

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, please describe:** _____

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

- | | | |
|--|------------|-----------|
| 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. | Yes | No |

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

Office Address: _____

Phone: _____

Signature: _____

Date: _____

Medical Stamp Below: (Optional)