



Aplicación para el Servicio de Handy Bus del Condado de Manatee

2411 Tallevast Rd, Sarasota, FL 34243

Efectivo 17 de Julio de 2025

El servicio “Handy Bus” del Condado de Manatee (MCAT) provee un servicio complementario de paratransito, según lo dispuesto por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990; así como otros servicios de transporte financiados por la Comisión de Florida para los Desfavorecidos en el Transporte (TD). El “Handy Bus” es un servicio compartido de puerta a puerta para personas que, debido a su discapacidad, nivel socioeconómico o edad (60 o más), no pueden utilizar de forma independiente el sistema regular de autobuses de ruta fija de MCAT. Los solicitantes pueden cualificar para uno o ambos programas. Por favor lea las cualificaciones del programa ADA/TD y los parámetros de servicio a continuación.

***** Las determinaciones de elegibilidad se realizan dentro de los 21 días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Si una determinación demora más de 21 días, el solicitante se considera elegible hasta que se tome una determinación por escrito. *****

Para preguntas, o asistencia por favor llame al: 941-747-8621 x3567.

Elegibilidad para ADA y cualificaciones para prestación de servicios

1. La elegibilidad para ADA se basa en la capacidad funcional de un individuo para usar el sistema de autobús de ruta fija MCAT. Los solicitantes deben demostrar que, debido a una discapacidad física o mental/cognitiva, no pueden utilizar de forma independiente el sistema de autobús de ruta fija MCAT. Estos impedimentos pueden ser permanentes, temporales o condicionales bajo ciertas circunstancias, y deben ser verificados por un profesional médico autorizado.
2. Los viajes ADA de Handy Bus solamente están disponibles durante los mismos días, horas y en la misma área de servicio que el sistema de autobús de ruta fija MCAT. El origen y el destino de los viajes deben estar dentro del Corredor del Servicio Complementario de Paratransito ADA. **El Corredor de Servicio ADA de Paratransito se extiende tres cuartos (¾) de milla a ambos lados de una ruta activa del sistema de autobús de ruta fija MCAT.**
3. Los viajes ADA de Handy Bus no están sujetos a priorización y las tarifas no pueden exceder el doble de la tarifa base del sistema de autobús de ruta fija.

Elegibilidad para TD y cualificaciones para prestación de servicios

1. Según el Estatuto 427.011 del estado de Florida, las personas en desventaja de transporte son aquellas que, debido a una discapacidad física o mental, ingreso económico o edad (60 o más), no pueden transportarse por sí mismas o comprar transporte y, por lo tanto, dependen de otros para obtener acceso a servicios médicos, empleo, educación u otras actividades esenciales; o son niños discapacitados o de alto riesgo, o, en riesgo según se define en F.S. 411.202.
2. La elegibilidad TD para el servicio de Handy Bus se basa en uno de los siguientes criterios:

- a) La habilidad de una persona para usar el sistema de autobús de ruta fija MCAT. Los solicitantes deben demostrar que, debido a un impedimento físico o mental/cognitivo, no pueden utilizar de forma independiente el sistema de ruta fija MCAT. Estos impedimentos pueden ser permanentes, temporales o condicionales bajo ciertas circunstancias, y deben ser verificados por un profesional médico autorizado.
- b) El ingreso familiar anual bruto de los solicitantes es igual o inferior al 200 % de las pautas federales de pobreza según lo define el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos. Se requiere verificación de ingresos para todos los miembros de la familia que residen en el hogar.

Comprobantes de ingresos aceptados:

- Primera página de su declaración de impuestos • Prueba del beneficio en efectivo del DCF/Carta de manutención infantil • Mínimo de los (2) talones de pago más recientes • Verificación de ingresos de compensación por desempleo • Estado de cuenta de jubilación/pensión (incluye VA).
 - Verificación de Ingresos de Seguro Social o Carta de Prueba de Ingresos (incluye SSI y SSDI)
- c) La edad (60 o más) del solicitante le impide acceder al servicio de transporte disponible.

- 3. Los viajes TD en Handy Bus están disponibles de lunes a sábado entre las 7:30 am y las 4:00 pm. Los viajes están reservados para servicios médicos, trabajo, educación u otras actividades esenciales (compras de comestibles, etc.).
- 4. Los viajes TD se priorizan según el propósito del viaje, días, horarios, ubicación y recursos disponibles.
- 5. Estas restricciones están sujetas a cambios para optimizar los servicios de MCAT.

Evaluación en persona

El servicio de autobús del Condado de Manatee puede requerir que un solicitante complete una evaluación en persona que evalúe la capacidad funcional y cognitiva para viajar en el sistema de autobús de ruta fija. Esta evaluación será gratuita para el solicitante y MCAT proporcionará el transporte.

Proceso de apelación

Si se le ha negado la elegibilidad de ADA o TD, o ha recibido elegibilidad condicional de ADA y desea apelar la decisión, puede comunicarse con nuestra oficina y solicitar una copia de los procesos de apelación. Tendrá (60) sesenta días para presentar el formulario de apelación y los documentos correspondientes. Una vez se hayan recibido y revisado todos los documentos, el Superintendente de Operaciones de Tránsito programará una audiencia. Se le enviará por correo certificado un aviso de la audiencia (5) cinco días antes de la fecha. Se solicita acuse de recibo.

Proceso de Recertificación

Los clientes elegibles para ADA y TD deben recertificarse con MCAT cada tres (3) años, a menos que se indique lo contrario en la carta de elegibilidad.

Verifique que se haya proporcionado toda la información y envíe la solicitud por correo a:

Manatee County Area Transit
Attention: Handy Bus
2411 Tallevast Rd
Sarasota, FL 34243
OR Fax to: 941-745-3776

Aplicación para transporte Handy Bus de MCAT

Por favor completar en tinta azul o negra solamente

Apellido _____ Nombre _____ I _____

☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento _____

Calle _____ Apt. _____ Edif. _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Nombre de la subdivisión, edificio, complejo u otra información adicional:

¿Se requiere un código para entrar? ☐ Si ☐ No Código: _____

Teléfono _____ Celular _____

En caso de emergencia notificar a:

Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono _____ Celular _____

¿Eres un veterano/a de los Estados Unidos? ☐ Si ☐ No

¿Recibe usted Medicaid? ☐ Si ☐ No Medicaid #: _____

Entiendo que la información obtenida en esta solicitud será utilizada por "Manatee County Area Transit" (MCAT) para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito (Handy Bus) y puede compartirse con otros proveedores de transporte para facilitar el viaje y/o coordinar servicios. Esta información se mantendrá confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito, a menos que el solicitante lo autorice por escrito. Entiendo que es posible que MCAT deba comunicarse con personal médico autorizado para verificar la información proporcionada en esta solicitud con respecto a cómo mi discapacidad me impide usar el sistema de ruta fija de autobús de MCAT. Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre _____

Si el solicitante no puede firmar este formulario, otra persona puede firmar y certificar por el/la solicitante.

Firma del Apoderado _____ Fecha _____

Nombre _____ Parentesco _____

Verificación médica para transporte TD y/o ADA

1. ¿Ha utilizado o utiliza el autobús de ruta fija MCAT? ☐ Si ☐ No
2. Algunos viajes en autobús pueden requerir que se transfiera de un autobús y suba a otro para completar su viaje. ¿Puedes hacer esto por sí mismo/a? ☐ Si ☐ No
3. Los operadores de autobuses de MCAT anuncian las paradas de autobús en los principales puntos de transferencia, destino y paradas especiales a pedido. ¿Puede, con esta ayuda, reconocer la parada correcta para bajar del autobús? ☐ Si ☐ No
4. Enumere los impedimentos, discapacidades u otras condiciones que le impiden usar el servicio de autobús de ruta fija de MCAT:

5. ¿Cuánto tiempo ha tenido esta condición? _____ ¿Es su condición permanente?
☐ Si ☐ No

6. Indique si utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad:

- ☐ Silla de ruedas manual* ☐ Silla o escúter eléctrica* ☐ Andador ☐ Bastón Blanco
- ☐ Bastón/Muletas ☐ Férula ortopédica ☐ Oxígeno portátil ☐ Animal de servicio
- ☐ Rampa/Ascensor ☐ otros _____ ☐ No uso ningún dispositivo

*** Para accesibilidad proporcione las medidas del equipo y las posibles limitaciones. MCAT intentará abordar y asegurar cualquier dispositivo de movilidad.**

Dimensiones Silla de ruedas/ escúter: Largo _____ Ancho _____

7. Si usa un dispositivo para movilidad, ¿es su residencia accesible (rampa, camino pavimentado, etc.)?

☐ Si ☐ No

8. ¿Cuán lejos puede viajar con o sin un dispositivo de movilidad?

☐ Menos de 200ft ☐ Una Cuadra ☐ Dos Cuadras ☐ ¼ milla (3 cuadras)

☐ ½ milla (6 cuadras) ☐ ¾ milla (9 cuadras) ☐ ¾ milla o más

☐ Otro _____

9. ¿Necesita para viajar un asistente de cuidado personal (PCA) y/o un animal de servicio?

☐ Si ☐ No

10. ¿Cómo viaja actualmente (compra de comestibles, visitas médicas, etc.)

11. MCAT ofrece clases gratuitas para el viajero. ¿Le interesaría aprender a viajar en el servicio de autobús de ruta fija? ☐ Si ☐ No

Verificación de ingreso para transporte TD

1. ¿Cuántos miembros de familia* viven en el hogar del solicitante? _____

*** Miembros de familia incluyen: usted, cónyuge, padres, hijos, hijastros/as, hijos/as adoptivos/as, hermanos/as, abuelos/as y/o nietos/as.**

2. ¿Cuántos vehículos personales poseen o utilizan los miembros del hogar? _____

3. ¿Puede conducir o transportarse usted mismo? o ¿tiene transporte disponible para viajes esenciales (empleo, educación, citas médicas)? ☐ Si ☐ No

4. Complete la siguiente tabla para **TODOS** los miembros de la familia que viven en el hogar.

5.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el solicitante	Ingreso Bruto Anual*

***El ingreso bruto es el ingreso antes de deducir impuestos o retenciones; e incluye sueldos/salarios, Seguro Social, Discapacidad, Jubilación/Pensión (incluido VA), Manutención de los hijos/Pensión alimenticia, etc.**

6. Adjunte comprobantes de ingresos para todos los miembros de familia mencionados anteriormente. Por favor proporcione copias; la documentación no será devuelta.

Los siguientes comprobantes de ingreso serán aceptados:

- Primera página de su declaración de impuestos
- Los dos talonarios más recientes.
- Estado de cuenta de jubilación/pensión (incluye VA)
- Comprobante del Beneficio en efectivo del DCF/Carta de manutención infantil
- Ingresos de Compensación por Desempleo
- Verificación de Ingresos del Seguro Social o Carta de Prueba de Ingresos (incluye SSI y SSDI)

Autorización para Divulgación de Archivos Médicos

Yo, el firmante abajo, entiendo que la información médica solicitada es confidencial y no se compartirá con ninguna otra persona o agencia, con la posible excepción de otro proveedor de tránsito para facilitar el viaje. Por la presente, autorizo al siguiente profesional designado a brindar información sobre mis discapacidades o capacidades al Servicio de Autobús del Condado de Manatee para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito (Handy Bus).

También entiendo que la verificación de una discapacidad por parte de un profesional calificado no garantiza la elegibilidad para los servicios de paratransito (Handy Bus). Es importante que cualquier profesional que verifique la discapacidad de una persona esté familiarizado con esa discapacidad en particular, pero también con su capacidad o incapacidad para viajar usando el sistema de autobús de ruta fija de MCAT.

NOTA: El Servicio de Autobús del Condado de Manatee puede requerir que un solicitante consulte a otro profesional médico para verificar la discapacidad, o, completar una evaluación en persona para poder evaluar la capacidad funcional para viajar del solicitante.

Firma _____ Fecha _____

Nombre _____

Si el/la solicitante no puede firmar este formulario, puede pedirle a alguien que firme y certifique en nombre del solicitante.

Firma del Apoderado _____ Fecha _____

Nombre _____ Parentesco _____



NOTA: Esta parte debe ser completada por uno de los siguientes profesionales actualmente autorizados antes de devolver la solicitud a nuestra oficina. Los profesionales médicos aceptados son, entre otros, los siguientes: médico (MD, DO, etc.), audiólogo, oftalmólogo, psicólogo, psiquiatra, enfermero registrado, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, especialista en orientación y movilidad.

NOTE: This portion must be completed by one of the following currently licensed professionals before returning the application to our office. Accepted medical professionals are, but not limited to, as follows: Physician (MD, DO, etc.), Audiologist, Ophthalmologist, Psychologist, Psychiatrist, Registered Nurse, Occupational Therapist, Physical Therapist, Orientation and Mobility Specialist.

Dear Medical Professional,

The Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990 requires that Manatee County Area Transit (MCAT) provide Paratransit services to anyone who, because of a disability, cannot use the regular fixed route bus system.

The applicant has submitted this application to you indicating you can provide information regarding their disability and its impact on their ability to utilize the fixed route bus system. Please review, complete, and sign this application so that the applicant's eligibility may be determined for MCAT's paratransit services. Paratransit service is intended only for those trips that the applicant cannot make on their own or using MCAT's fixed route bus service. This application is intended to help determine when and under what circumstances the applicant can use the fixed route bus service and when they require paratransit services.

Please note: ALL Manatee County Area Transit buses are fully equipped with wheelchair lifts and kneeling features, bus operators announce major streets and intersections and specific stops upon request, and buses are equipped with automated annunciators, making all MCAT vehicles accessible to people with disabilities. Resources for this program are limited and your evaluation should be based solely on the individual's ability or inability to utilize MCAT's fixed route bus system.

Thank you for your assistance.

Medical Verification for ADA and TD Applicants

Completed by Medical Professional Only – Please complete in blue or black ink

Please review the information provided by the applicant in Parts I - II of this application and answer the questions in the following section.

Applicant's Name: _____ Date of Birth: _____

1. Does this person have a physical, visual, or cognitive impairment; or another disability preventing use of the MCAT fixed route bus service? ☐ Yes ☐ No

If yes, please explain in detail, the severity and any restrictions or limitations:

2. What normal life functions are hindered or prevented by the disability?

3. How long have the conditions present? _____

4. Is the condition(s) ☐ permanent or ☐ temporary

5. If the condition is temporary, what is the expected recovery date? _____

6. Is the applicant able to recognize destination or landmarks? ☐ Yes ☐ No

7. With **or** without the use of a mobility aide, how far are is the applicant able to travel?

- ☐ Less than 200ft ☐ One Block ☐ Two blocks ☐ ¼ mile (3 blocks)
☐ ½ mile (6 blocks) ☐ ¾ mile (9 blocks) ☐ ¾ mile or greater
☐ Other _____

8. Does the applicant require special assistance or use of a mobility aid? ☐ Yes ☐ No

If yes, please describe: _____

9. Does the applicant with his/her mobility aid weight more than 600lbs? ☐ Yes ☐ No

If yes, weight: _____

10. Can the applicant navigate traffic, roadways, and/or crossings safely and independently?

☐ Yes ☐ No

11. Is the applicant able to consistently state his/her name, address, personal or emergency phone number upon request? ☐ Yes ☐ No

If no, please explain: _____

12. Is the applicant able to ask for, understand, and follow directions? ☐ Yes ☐ No

If no, please explain: _____

13. Is the applicant able to handle unexpected situations or change in routine?

☐ Yes ☐ No **If no, please explain:** _____

14. Does the applicant require a Personal Care Attendant (PCA) when traveling? (Note:

PCA's are designated or employed by a person with a disability to assist that person in meeting his/her personal needs and/or to facilitate travel for specific trips.)

☐ Yes ☐ No

I hereby certify that I am familiar with the applicant's particular disability and with the applicant's ability or inability to travel on MCAT's fixed route bus system. MCAT staff is hereby authorized to contact me or a staff member in my office if necessary to complete the eligibility determination process according to ADA regulations (49CFR Parts 37 and 38). I also agree to provide all documentation deemed necessary by MCAT for eligibility determination or a subsequent appeal.

I certify the statements I have made herein are true and correct, and understand that false or fraudulent statements and certifications are punishable by law under 18 U.S.C. Subsection 100001 (1982).

ORIGINAL Medical Professional Signature Required

An original signature is one that is not mechanically or electronically reproduced.

Name (print): _____ Title: _____

Signature: _____ Date: _____

Medical License Number: _____

Practice Name: _____

Phone Number: _____ Fax Number: _____

Please check that all information is provided and mail application to:

**Manatee County Area Transit
Attention: Handy Bus
2411 Tallevast Rd
Sarasota, FL 34243
OR Fax to: 941-745-3776**

OFFICE USE ONLY – DO NOT WRITE IN THIS SPACE

Date Received: _____ Review Start Date: _____

☐ NEW Applicant ☐ Recertification

Currently riding MCAT fixed route? ☐ Yes ☐ No

☐ IN ZONE ☐ OUT OF ZONE Closest Stop: _____

Veteran? ☐ Yes ☐ No

Medicaid? ☐ Yes ☐ No Medicaid Number: _____

Is the application complete? ☐ Yes ☐ No: _____

Comments: _____

Initial Reviewer: _____ **Date:** _____

☐ ADA APPROVED ☐ ADA Denied

Client Contacted: _____

☐ TD APPROVED via ☐ Disability ☐ Income ☐ Age ☐ TD Denied

Travel Training? ☐ Yes ☐ No

Reason for Denial/Comments: _____

Second Reviewer: _____ **Date:** _____