

# COMMUNITY BRIDGES - LIFT LINE APLICACION DE TRANSPORTE

## APPLICANT INFORMATION

Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	¿Es veterano(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de teléfono:
Lenguaje preferido: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (cual): _____		Numero de celular:

## DOMICILIO DE HOGAR (DONDE SERA RECOGIDO(A) PARA SERVICIOS DE TRANSPORTACION)

Domicilio de hogar:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Casa <input type="checkbox"/> Complejo de apartamentos <input type="checkbox"/> Parque de casa móviles <input type="checkbox"/> Asilo de ancianos (circule uno) <input type="checkbox"/> Otro: _____		

## DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO DE HOGAR)

Dirección postal (tache aquí si es igual a la de arriba <input type="checkbox"/> ):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre de familiar:	Número de teléfono:	
Domicilio:	Numero de celular:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Relación:		

## DEMOGRAPHICS

Etnia/raza: <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Latino(a) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano(a) <input type="checkbox"/> De las islas del pacifico <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Ingresos anuales del hogar:	Miembros en el hogar:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> NA

## INFORMACION DE TRANSPORTACION

¿Es ambulatorio (puede caminar)?	¿Usa silla de ruedas?
¿Medida de su silla?	¿Si usa silla, puede ser transferido(a) a un asiento?
¿Usa ayuda para movilidad? <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Perro de servicio <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Deficiencias auditivas <input type="checkbox"/> Discapacidad mental <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Deficiencias visuales <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	

## DOCUMENTOS/VERIFICACION REQUERIDA

¿Es mayor de 60 de edad (circule uno) ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Si es menor de 60, necesitara mandar comprobante de discapacidad con su aplicación: <input type="checkbox"/> Nota de doctor <input type="checkbox"/> ParaCruzID <input type="checkbox"/> Discapacidad del estado <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
Verificación de ingresos (por favor de incluir copia con su aplicación): <input type="checkbox"/> Impuestos recientes <input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Declaración de ingresos <input type="checkbox"/> Otro: (Especifique): _____

## POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE PARTE SI OTRA PERSONA QUE NO SEA EL SOLICITANTE LLENO LA APLICACION

Nombre:	Titulo:
Relación al cliente:	Fecha:

## FIRMA

Al firmar abajo, certifico que la información contenida en este documento es correcta a mi conocimiento	
Nombre:	Fecha:
Firma del solicitante:	

## OFFICE USE ONLY

Date received:	Approved for: <input type="checkbox"/> TDA <input type="checkbox"/> OOC <input type="checkbox"/> VA <input type="checkbox"/> TS _____	Letter sent date:	Database Entry:
Received by:	<input type="checkbox"/> Other: _____ Approved by:	Initials:	Initials:

Estimado/a Solicitante:

Gracias por su interés en Puentes de la comunidad -- **Programa de transportación médica**. La meta de Lift Line es tener la oportunidad de poder ofrecerles a nuestros clientes servicios de transportación accesible a citas médicas. Por el momento, Lift Line ofrece transportación limitada a citas médicas sin costo a los participantes que calificación de bajos ingresos. Por favor, lea la siguiente información sobre este servicio.

Los participantes del Programa Scrip reciben una cantidad mensual o trimestral de cupones para que los usen en lugar de dinero cuando viajen en taxis en el Condado de Santa Cruz. Actualmente las compañías Yellow Cab y Deluxe Taxi en Santa Cruz, Courtesy Cab en Watsonville participan en el Programa de Cupones para Taxis. Estos cupones podrán usarse con cualquiera de estas tres compañías. El operador del taxi le hará saber la tarifa de su viaje cuando llegue a su destino. Usted podrá pagarle al operador del taxi con cupones o con una combinación de cupones y dinero en efectivo. Si usted es elegible, su costo para recibir Cupones para Taxis podrá depender de los ingresos de su hogar. Las personas con ingresos menores del 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), (fase-uno) pagarán \$8 por mes y recibirán \$30 de Cupones (tres libros de cupones de \$10 cada uno). Si su nivel de ingresos es entre 200% y 300% del Nivel Federal de Pobreza, (fase-dos) su costo será de \$16 por mes y recibirá \$30 de Cupones (tres libros de cupones de \$10 cada uno).

**Requisitos de Elegibilidad**

- 1) Ser residentes del Condado de Santa Cruz y tener
- 2) 60 años de edad o más o ser Discapacitado según:
  - a) La forma de Salud Médica y Física (forma de H&P) o por un documento de un doctor o ser
  - b) Elegible de ADA Para Cruz o tener
  - c) Otra verificación de discapacidad del Estado.
- 3) Tener los requisitos de elegibilidad de ingresos del:
  - a) El Medi-cal o tener una
  - b) Verificación de SSI del Seguro Social o las
  - c) Declaración de Impuestos

**Es necesario que hagan sus reservaciones entre las horas de 8:30am – 3:30pm.**

Si tiene alguna pregunta, queja o comentarios sobre este servicio, comuníquese con el personal de la oficina de Lift Line llame al **(831) 425-1558** para los residentes del norte del condado, y para los residentes del sur del condado **(831) 688-9663**.

Tome en cuenta que dependiendo en la financiación limitada, elegibilidad al programa de transporte puede ser cancelado o rechazado durante periodos de alto volumen, o en caso de reducción de fondos en exceso al programa.

Sinceramente,

Kirk Ance  
Directora de la División de Lift Line