



Junta de Comisionados del Condado
 Departamento de Servicios Comunitarios
 Servicios de tránsito

1300 S. Lecanto Autopista TEL 352-527-7630
 Lecanto, FL 34461 FAX 352-527-7635

Solicitud para transporte desfavorecido

Este formulario de solicitud debe completarse para recibir servicios de transporte a través del Fondo Estatal de Transporte Desfavorecido. Si hay varias personas en el hogar, debe haber una solicitud para cada persona.

Complete la siguiente solicitud para recibir una tarifa reducida basada en un nivel de ingresos de 150% de la pobreza (\$ 1,823) o menos por mes, a partir de los 60 años, Medicare o Discapacitado. La tarifa es de \$3.00 por trayecto para los Servicios de Paratránsito o gratis en la Línea Naranja (Transferencias \$1.00). Los niños de doce (12) años o menos viajan GRATIS.

Nombre del solicitante:	Teléfono:
Domicilio:	
Dirección postal (si es diferente):	
Número de Medicaid (si corresponde):	Edad: DOB:
Deshabilitado (VA / SS): Sí ____ No ____	Por debajo de los ingresos: Sí ____ No ____
Tipo de dispositivo de movilidad:	Todos los dispositivos deben tener frenos / reposapiés

Se DEBE proporcionar documentación oficial para verificar la edad, la identidad y todos los ingresos. Cualquier solicitante reclamar NO ingresos o cero ingresos también debe proporcionar documentos de verificación.

Una forma aceptable de edad o prueba de ingresos para mayores de 18 años: tarjeta de identificación emitida por el Estado de Florida, pasaporte, etc. Mínimo de (2) recibos de pago más recientes, carta de Ingresos del Seguro Social (SSA / SSI / SSD), Declaración de Jubilación / Pensión, Carta de Beneficio en Efectivo / Manutención de Menores de DCF. Medicare / Medicaid card.

Fuente de ingresos:	Talón de pago	SSA / SSI	Jubilación	Otro:	Otro:
Importe:					
Ingresos mensuales totales					\$

Doy fe de que toda la información incluida en esta solicitud es verdadera y correcta y que cualquier cambio se informará a Citrus County Transit a medida que ocurra.

 Fecha de firma del solicitante

:

APROBACIÓN

DENEGACIÓN

MOTIVO DE DENEGACIÓN

 Fecha de firma del empleado

: Fecha

 de firma del supervisor

: Fecha