



City of Killeen, Texas

Programa de Transporte para Personas Mayores

Año 2016-2017 Solicitud para Asistencia (Por Favor Imprima)

1. NOMBRE:		2. DOMICILIO:	
3. FECHA DE NACIMIENTO:	4. NÚ. de TELÉFONO:	5. CORREO ELECTRONICO:	6. ESTADO CIVIL: (circule uno) Casada(o) Viuda(o) Divorcidada(o) Soltera(o)

7. NU. de PERSONAS EN EL HOGAR: _____

8. ¿Usted conduce actualmente? Si No ¿Tiene un auto actualmente? Si No

9. CONDICIONES INCAPACITANTES (proporcione solo si le aplica): Esta información se usará solo para facilitar las necesidades individuales de transporte ofrecidas por el programa.

a. Por favor indique toda condición médica, de salud o incapacitante que le aplique: _____

b. ¿Afecta sus actividades diarias de vida? Si No

c. ¿Es su condición o discapacidad? temporal crónica

d. ¿Utiliza ayudas para la movilidad? Si No Que utiliza: _____

e. ¿Actualmente paga por el uso de Servicios de Transporte Especial (STS) del Hill Country Transit (HOP)? Si No

10. CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre y Relación:	# de Teléfono
--------------------	---------------

Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal: _____

11a. ¿ESTA INSCRITA(O) EN MEDICARE Si No ¿ESTA INSCRITA EN MEDICAID? Si No

12. MÉDICO O PROFESIONAL DE CUIDADO DE SALUD:

Nombre	# de Teléfono
--------	---------------

13. SERVICIOS DE TRANSPORTE: Favor escoja **SOLAMENTE UN (1)** tipo de servicio

<input type="checkbox"/> Bordillo a Bordillo- taxi Servicio, viajes, lugares limitados, 7 días por semana/24 horas diarias.	<input type="checkbox"/> Transporte Público Rutas Fijas- # viajes limitados, rutas fijas, paradas designadas para abordar y desembarcar, lunes a viernes, servicio limitado los sabados, accesible a sillas de ruedas.	<input type="checkbox"/> Servicio de Transporte Especial Servicio Paratránsito, se debe cualificar por el sistema HOP, debe solicitar el paseo 24 horas en antelación. Número de viajes gratis limitados por mes cuando sea calificado por el HOP.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14. RAZA: Esta información se usará solo con fines estadísticos. El gobierno federal requiere la siguiente información por parte de programas desarrollados con fondos federales.

¿Es usted Hispano(a) o Latino(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	RAZA (Seleccione una categoría como sea aplicable)		
	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Otro Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indio Am. o Nativo de AK y Negro/ Afroamericano
	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano y Blanco	<input type="checkbox"/> Otra Raza Múltiple
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Asiático y Blanco	
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska y Blanco	

15. REVELACION Y CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Favor de apuntar todo tipo de ingresos y cantidades mensuales

TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD MENSUAL	TIPO DE INGRESOS	CANTIDAD MENSUAL
Jubilación / Pensión	\$ _____	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas	\$ _____
Seguro Social/ SSI o Pagos de discapacidad	\$ _____	Otra fuente de ingreso	\$ _____

14. AUTORIZACIÓN, CERTIFICACIONES, FIRMA: Por favor lea antes de firmar. **ADVERTENCIA:** El Título 18 §1001 del Código de los Estados Unidos declara que una persona es culpable de un crimen mayor si deliberadamente y con complicidad proporciona una falsa o fraudulenta declaración a un departamento o agencia de los Estados Unidos. Ley estatal también puede proporcionar penas por declaraciones falsas o fraudulentas.

ENTIENDO que esta es solamente una solicitud para asistencia de transporte y **NO GARANTIZA MI PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE TRANSPORTE PARA PERSONAS MAYORES (conocido como el Programa).** ENTIENDO la naturaleza del programa y proporciono pruebas de mi calificación voluntariamente. AUTORIZO al administrador del Programa que permita esta información a agencias de servicios públicos que proporcionen fondos para el programa. ENTIENDO que el Programa puede terminar o el número de paseos reducidos sin notificación previa. **AFIRMO** que he leído esta solicitud y que toda información contenida es verdadera al mi leal saber y que la falsificación de cualquier documento de la solicitud o información proporcionada puede resultar en el término de mi participación en este programa.

Firma: _____ Fecha: _____

City Staff Use Only			
Received By:	Date:	Approved By:	Date:
12m/ANNUAL \$ _____	% AMI	Type of Service Approved: _____	Card #: _____
HUD Income Limits Date: _____	0-30 30-50 60-80 OVER 80		



CITY OF KILLEEN, DIVISIÓN PARA EL DESARROLLO COMUNITARIO SERVICIOS DE TRANSPORTE PARA PERSONAS MAYORES

INFORMACIÓN

- El Programa de Transporte para Personas Mayores proporciona transportación básica a residentes de Killeen con bajos ingresos que son de 62 años de edad o más.
- El programa comienza en octubre 2016 y termina el 30 de septiembre 2017.
- Fondos son proporcionados por el Programa CDBG y otros fondos locales, estatales o federales.
- Los niveles de elegibilidad son determinados anualmente por el Departamento de Vivienda Y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD).
- Fondos para el programa son limitados, solicitantes pueden ser aprobados para asistencia basado en el nivel de ingresos con los más bajos aprobados primero y en ascendencia a los más altos y/o **la habilidad de manejar y tener acceso a un vehículo personal**. El propósito del programa es ayudar a personas elegibles que tienen acceso limitado a servicios de transporte.

ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE

Para participar en este programa, cada aplicante debe:

1. Ser ciudadano o residente permanente legal de los Estados Unidos. Debe proporcionar prueba con identificación emitida por un departamento o agencia gubernamental o estatal de los Estados Unidos.
2. Vivir dentro de los límites corporativos de la Ciudad de Killeen. Si su domicilio actual es diferente a la de su identificación, proporcione una factura de servicio de utilidad que indique su domicilio actual.
3. Tener ingresos brutos anuales menos del 80% del ingreso medio del área ajustado para el tamaño de familia que se determina por HUD.

INFORMACIÓN del SOLICITANTE

1. **Aplicaciones deben ser recibidas no mas tardar de las 5:00 PM, viernes, 2 de septiembre 2016.**
2. Solicitantes deben aplicar/volver a aplicar cada año para poder participar en el programa.
3. Solicitantes deben tener 62 o más años de edad al tiempo de entregar la solicitud.
4. Solicitantes deben proporcionar todo documento necesario para comprobar el recibo de ingresos mensuales como extractos bancarios de cuentas chequeras o de ahorros, talones de pago de empleo o desempleo, carta de beneficios del Seguro Social, Ingresos de Seguridad Suplemental (SSI) o ingresos de discapacidad, pensión/jubilación inclusive valor en efectivo de cuentas individuales de jubilación, bonos, certificados de depósito, y cuentas de mercado monetario, asistencia pública o otras declaraciones de ingresos.
5. Someter una solicitud separada de cada miembro de su hogar elegible para ser considerado para asistencia.

TIPOS DE SERVICIOS DE TRANSPORTE

Servicios de transporte disponibles depende en la disponibilidad de fondos para el programa y/o de los proveedores de servicios de transporte contratados por la Ciudad. Revise los diferentes tipos de servicios que son disponibles durante este año y seleccione **SOLO UN** tipo de servicio que prefiere utilizar. El Personal de la Ciudad reserva el derecho de determinar servicios finales.

1.Servicios de Bordillo a Bordillo (taxi) – La Ciudad de Killeen contrata con una compañía local para proveer servicio, 7 días a la semana, 24 horas al día, menos ciertos días de fiesta. Este servicio es limitado a cierto número de viajes al mes y puede ser limitado a ciertas localidades dentro de los límites de la Ciudad de Killeen. Harker Heights, o Ft. Hood.

2.Servicios de Transporte Público-Rutas Fijas: Servicios de transporte son proporcionados por el Hill Country Transit District (HOP). Camiones operan de lunes a viernes con servicio limitado los sábados. Acceso a los camiones es en paradas designadas y corren a un horario fijo. Cada camión es accesible a sillas de ruedas. Pases múltiples son proporcionados con este tipo de servicio cada mes. Una tarjeta del HOP para personas mayores de edad permitirá un aumento en paseos.

3.Servicio Especial de Transporte (Servicio de Para-Transito): Servicios de transporte son proporcionados por el Hill Country Transit District (HOP). Estos servicios operan de lunes a viernes con servicio limitado los sábados y sin servicio los domingos. Este servicio asiste a personas elegibles que son incapaz de caminar a las paradas del camión, bordar, viajar, o desembarcar los camiones de rutas fijas. **Llame al 800-791-9601** para aplicar con el HOP para este programa. Pases múltiples son proporcionados con este tipo de servicio cada mes.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

Por favor lea esta información y adjunte los documentos necesarios de elegibilidad e imprima toda información.

1. Imprima su nombre y apellido.
2. Imprima su domicilio actual.
3. Imprima su fecha de nacimiento.
4. Imprima su número de teléfono.
5. Imprima su correo electrónico
6. Circule su estado civil.
7. Imprima el total de personas que viven en su hogar.
8. Indique si conduce y si tiene un automóvil.
9. Indique condiciones de salud o discapacidades. Responda a las preguntas de 9a-e.
10. Imprima el nombre, dirección, relación y número de teléfono de un contacto de emergencia.
11. Indique si está inscrito(a) en MEDICARE y/o en MEDICAID.
12. Imprima el nombre e información de su médico o profesional de cuidado de salud .
13. escoja **SOLO UN** tipo de servicio de transporte que prefiere.
14. Indique si es o no es Hispano(a) o Latino(a); Indique solo una raza.
15. Indique el tipo de ingresos brutos mensuales que recibe y la cantidad mensual de ingresos.
16. **POR FAVOR LEA ESTA PARTE COMPLETAMENTE. Firme y apunte la fecha.**

ADJUNTE DOCUMENTOS PARA ELEGIBILIDAD -adjunte una copia de cada tipo de ingresos que recibe:

- Una copia de su identificación emitida por el gobierno federal o estatal.
- Una copia de documentación de ingresos (extractos bancarios para toda cuenta que tenga, talones de cheques de empleo o desempleo, cartas de beneficios del Seguro Social, de la Administración de Veteranos o del Departamento de Defensa, declaraciones de jubilación o pensiones, anualidades, cuentas individuales de jubilación , certificados de depósito, mantenimiento matrimonial o mantenimiento para menores de edad, etc.)
- Una copia de una factura de utilidades con su domicilio actual **SI EL DOMICILIO EN LA SOLICITUD ES DIFERENTE A LA DE SU IDENTIFICACIÓN**

REMITA LA SOLICITUD COMPLETA CON DOCUMENTOS DE PRUEBA DE ELEGIBILIDAD antes de a las 5:00 pm, del 2 de septiembre, 2016.

Por Correo: City of Killeen Community Development Department
Elderly Transportation Program
802 N. 2nd St., Building E
Killeen, TX 76541

En persona: City of Killeen Community Development Department
Killeen Arts and Activities Center
802 N. 2nd Street, Edificio E, primer piso
Killeen, TX 76541

SI TIENE PREGUNTAS TOCANTE ESTE PROGRAMA O LA SOLICITUD - Por favor llame al (254) 501-7843 o envíe por correo electrónico a: csierra@killeentexas.gov o visite el sitio web de la Ciudad de Killeen en www.killeentexas.gov/transportationprogram para información adicional.

Para revisar las políticas y procedimientos del programa, por favor comuníquese con las oficinas para el Desarrollo Comunitario de la Ciudad de Killeen.

Solo solicitudes completas con toda documentación requerida serán consideradas y revisadas.