



TRANSPORTE DESVENTAJAS (TD) PROGRAMA DE PASE DE AUTOBÚS

Estiudad solicitante de transporte público del condado de Pasco (GoPasco):

Gracias por el interés en el programa de pases de autobús. GoPasco ofrece este programa como parte del Programa de la Comisión de Transptación para Desfavorecidos (TD) de Florida. El programa TD Bus Pass es para personas a las que se les prohíbe el uso del servicio de autobús de ruta fija de GoPasco debido a limitaciones financieras.

Programa De Pases De Autobús – Se proporciona un pase de autobús de ruta fija mensual de GoPasco sin cargo para las personas a quienes se les prohíbe económicamente el uso del sistema de ruta fija. Los destinatarios elegibles reciben pases de autobús a través del correo de EE. UU. Los pases de autobús TD no se pueden recoger en las instalaciones del condado.

Elegibilidad – Los servicios de TD requieren que cada solicitante califique según las Pautas Federales de Nivel de Pobreza vigentes, dependiendo del número de miembros de la familia en el hogar, al nivel del 125 por ciento. GoPasco determina esto a través de los documentos descritos en la sección 1.

Por favor complete las Secciones 1 y 2. ¡!!!Solicitudes TD completadas !!!! W: contiene toda la información solicitada, legible y tener toda la identificación requerida y los documentos de respaldo financiero aplicables cuando se presenten. Si no proporciona toda la información solicitada, GoPasco no puede procesar su solicitud hasta que toda la información está provisto. Esto retrasará su entrada en el programa.

Envíe por correo la solicitud completa a:

GoPasco
8620 Galen Wilson Boulevard
Port Richey, FL 34668

Tenga en cuenta: las solicitudes no se pueden enviar por fax o correo electrónico.

AVISO DE RECOLECCIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (SSN) PARA FINES GUBERNAMENTALES

El Condado de Pasco recopila SSN para diferentes propósitos. La Ley de Registros Públicos de Florida, Sección 119. 071 (5),

F.S. (2007) requiere que el Condado le dé esta declaración por escrito explicando el propósito y la autoridad para recopilar su SSN.

FORMA	PROPOSITO	AUTORIZACION
Aplicación TD	Llevar a cabo la verificación de elegibilidad y monitorear el abuso del sistema	Política del Condado (ver nota)

Nota: El Condado de Pasco cobra su SSN en el desempeño de un deber o responsabilidad que el Condado debe completar de acuerdo con la ley o la necesidad comercial. En el caso de que una ley no proporcione específicamente al Condado la autoridad para cobrar su SSN, es imperativo que el Condado recoja su SSN y esto se proporciona de manera explícita en la sección 119.081 (5) 2.b.

**PROGRAMA DE PASE DE AUTOBÚS DE APLICACIÓN DE
TRANSPORTE DESFAVORECIDO (TD)
GoPasco**

**Instrucciones: Complete las Secciones 1 y 2 y adjunte todos los documentos
requeridos.**

**SE REQUIERE COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCIR DE CURRENTNALID FLORIDA O
LA IDENTIFICACIÓN DE FLORIDA CON LA SOLICITUD
(LA IDENTIFICACIÓN DEL GOBIERNO DEBE INDICAR LA DIRECCIÓN DEL CONDADO DE
PASCO PARA DETERMINAR LA RESIDENCIA DEL CONDADO
DE PASCO)**

Sección 1 - Información general

Nombre del solicitante:	Número de teléfono:
Domicilio:	
Dirección postal (si es diferente):	
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
¿Recibe Medicaid? SÍ NO	En caso afirmativo, número de Medicaid:
¿Tiene un vehículo registrado a su nombre? SÍ NO	¿Conduces? SÍ NO
_____	_____
Contacto de emergencia:	Teléfono # de Concepto de emergencia:
Número de familiares, incluido usted mismo, que viven en casa:	Ingreso familiar anual total (debe totalizar las líneas a continuación):

Indíquese el monto de los ingresos/beneficios anuales recibidos por cada una de las siguientes fuentes para todos los miembros de la familia del hogar (enumere a los miembros de la familia del hogar en el reverso):

1. Página # 1 de la declaración de impuestos individual o talón de pago más reciente \$ _____
2. Carta de beneficion Departamento de Niños y Familia /Asistencia de efectivo/ SNAP/ Asistencia Alimentaria \$ _____
3. Verificación de ingresos de compensación por desempleo \$ _____
4. Carta de Declaración de Ingresos o Comprobante de Ingresos (SSI/SSDI) \$ _____
5. Retiro/ Pensión/ Inversion Afirmacion \$ _____
6. Carta de beneficios para veteranos discapacitados \$ _____
7. Beneficios de vivienda (HUD, Sección 8) \$ _____
8. Otro (Especificar) \$ _____

NOTA: Si reclama \$0 de ingresos - Presente una carta firmada, con membrete de agencia, de la agencia de servicios sociales queverifique el estado de poverta.

NOTA: Si reclamando \$0 de ingresos, y usted vive en una casa o apartamento, indicare como alquilar/ los servicis publicos se pagan (esto incluye saldo restante después del subsidio de alquiler).

**LA COPIA ACTUAL DE LOS DOCUMENTOS OFICIALES PARA CADA ARTÍCULO (S) COMPLETADO
ANTERIORMENTE (# 1 A # 8) DEBE ENVIARSE CON LA SOLICITUD O LA SOLICITUD NO SE
PUEDE PROCESAR.**

INFORMACIÓN DEL VETERANO

¿Es usted un veterano de los Estados Unidos? SIN _ _ _ _ _
SÍ _____

En caso afirmativo, tipo de descarga militar:
Honorable _____ General _____

**En caso afirmativo, adjunte una copia de La
descarga:**

¿Necesita una copia de su alta? Póngase en contacto con Pasco County Elderly and Veterans Services

Sección 2 - MIEMBROS DEL HOGAR (PARIENTES)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Número de Seguro

Doy fe de que toda la informacion es correcta y cualquier cambio será reportado a Servicios de Paratránsito inmediatamente. (Solo firma original – No envíe por correo ni fax electrónico)

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del preparador: _____ Fecha: _____

Nombre de impresión (preparador): _____ Fecha: _____

Volver a:

**GoPasco
8620 Galen Wilson Boulevard
Port Richey, FL 34668
(727) 834-3322**

**La solicitud puede enviarse por correo y / o entregarse en mano a la dirección anterior.
La solicitud y los documentos de apoyo no se pueden enviar por fax o correo electrónico.**