



Medical Transportation Registration

Name/Nombre: _____ DOB/Fecha de Nacimiento: _____

Home Address/Dirección: _____

Home Phone Number/Teléfono de Casa: _____

Cell Phone Number/Teléfono Móvil: _____

E-mail Address/Correo Electrónico: _____

Requirements and Rules

- 65 years or older; and
- Disabled by the U.S Social Security Administration or Doctor’s note confirming physical condition; and
- Unable to drive
- Distance – 14-mile radius
- Must call two days prior to schedule
- The Town of Medley may change your pick-up or drop off time depending on availability

Requisitos y Reglas

- 65 años de edad o mayor; y
- Deshabilitado por el departamento de seguro social de los Estados Unidos o nota del médico confirmando su condición física; y
- No maneja
- Distancia – 14 millas
- Tiene que llamar 2 días antes para hacer cita
- La Ciudad de Medley puede cambiar su horario de recogida dependiendo la cantidad de transporte

The Town of Medley is a public entity that is subject to Florida’s Public Records Act. As such, most written communications to or from Town officials regarding Town business, including this application, are public records, and are available to the public and media upon request unless the information requested is exempt or confidential under the law. If you believe any of the information provided in this application is exempt from disclosure under the Public Records Act, please indicate it by filling out the information requested below.

I, _____, qualify for an exemption under the Public Records Act because _____, and, as such, I am requesting that the following information be removed from public disclosure in accordance with Florida law: _____

La Ciudad de Medley es una entidad pública que está sujeta a la Ley de Registros Públicos (Public Records Act) de la Florida. Como tal, la mayoría de las comunicaciones escritas hacia o desde los funcionarios de la ciudad con respecto a los negocios de la ciudad, incluyendo esta aplicación, son registros públicos y están disponibles para el público y los medios a petición a menos que la información solicitada esté exenta o sea confidencial según la ley. Si usted cree que parte de la información provista en esta aplicación está exenta de divulgación bajo la Ley de Registros Públicos (Public Records Act), indíquelo completando la información solicitada a continuación.

Yo, _____ califico para una exención bajo la Ley de Registros Públicos (Public Records Act) porque _____ y, como tal, solicito que se elimine la siguiente información de la divulgación pública de acuerdo con la ley de Florida _____

I, _____, certify that the information I have provided is accurate. I understand that all information will be verified and if it is found that I have knowingly provided false information, all Town of Medley services and privileges will be revoked indefinitely for the entire household.

Yo, _____, certifico que la información que yo he proveído es correcta. Yo entiendo que toda la información será verificada y si se encuentra que yo he dado información falsa, todos los servicios y privilegios proveídos por la Ciudad de Medley serán revocados infinitamente para todas las personas en ese hogar.

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Medical Transportation Registration: _____

Residency Verification: _____

Medical Documentation: _____

Processed by & Date: _____

Notes: _____
