



# Medical Transportation Registration

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Cell Phone Number: \_\_\_\_\_

E-mail Address: \_\_\_\_\_

## 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
- Not employed
- Distance – 14-mile radius
- Must call two days prior to schedule
- Annual re-registration
- The Town of Medley may change your pick-up or drop off time depending on availability
- Must meet poverty guidelines: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

2023 POVERTY GUIDELINES	
Persons in the household	Poverty guideline
1	\$14,580
2	\$19,720
3	\$24,860
4	\$30,000
5	\$35,140
6	\$40,280
7	\$45,420
8	\$50,560
For households with more than 8 persons, add \$5,140 for each additional person	

### You must include the following supporting documentation:

- ID
- Medical documentation
- Income documentation for the household

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: \_\_\_\_\_

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.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Medical Transportation Registration: \_\_\_\_\_

Residency Verification: \_\_\_\_\_

Medical Documentation: \_\_\_\_\_

Processed by & Date: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Registracion de Transporte Medico

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## **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
- Registración Anual
- La Ciudad de Medley puede cambiar su horario de recogida dependiendo la cantidad de transporte
- Tiene que cumplir con las pautas de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

2023 pautas de pobreza	
Personas en el hogar	Pautas de pobreza
1	\$14,580
2	\$19,720
3	\$24,860
4	\$30,000
5	\$35,140
6	\$40,280
7	\$45,420
8	\$50,560
Para hogares con más de 8 personas, agregar \$5,140 por cada persona adicional	

### Tienes que incluir la siguiente documentación:

- Identificación
- Documentación Medica
- Documentación de ingresos para el hogar

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 \_\_\_\_\_

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.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE ONLY

Medical Transportation Registration: \_\_\_\_\_

Residency Verification: \_\_\_\_\_

Medical Documentation: \_\_\_\_\_

Processed by & Date: \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

