



COMPLETAR LOS FORMULARIOS ADJUNTOS
SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA PROGRAMA DE TRANSPORTE
Y
RECIBO PARA AVISO - PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

ENVIAR AMBAS FORMAS A:

NassauTRANSIT
102 N. 13th Street
FERNANDINA BEACH FL 320334

Permitir 3 días de trabajo para procesar su solicitud luego de ser recibidas.

Llame, después de 3 días de trabajo, al

904-261-0700 o 800-298-9122

para confirmar su elegibilidad.

La Solicitud de Membresía será revisada cada dos años para determinar si continúa su elegibilidad.

GRACIAS

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO INTENCIONALMENTE



904-261-0700 o 800-298-9122

www.nassautransit.org

INFORMACIÓN GENERAL

NassauTRANSIT es un sistema de transportación pública dentro del condado de Nassau. La transportación es abierta al público. El servicio es disponible en todo el condado de Nassau. Este servicio es limitado al área norte y en el centro de la ciudad de Jacksonville. El Sistema opera de lunes a viernes con excepción de los días federales feriados. Todos los vehículos tienen accesos para alzamientos de aparatos móviles.

NassauTRANSIT dispone de 2 tipos de transportación: “**paratransit**” y “**transit**”.

Paratransit (El costo es de \$2 por ruta)

Paratransit es un servicio de transporte para pasajeros registrados con **NassauTRANSIT**. La solicitud es requerida para establecer su elegibilidad basada en edad, entrada económica, e incapacidad, etc. Los arreglos de transporte se hacen a través de una reservación hecha con anticipación (por lo menos con 3 días de trabajo). Los pasajeros se recogen a la hora y lugar acordado en su reservación.

Paratransit es un sistema de transportación compartida. Pasajeros que vienen y van a diferentes lugares comparten el viaje. Esto significa que puede ser recogido 1 o 2 horas antes de la hora de llegada a su destino, hasta para viajes cortos.

Las rutas Paratransit a Jacksonville normalmente son limitadas a martes, miércoles, y jueves y sus objetivos son para citas médicas, a hospitales, clínicas y oficinas médicas en el área norte y centro de la ciudad. Todas las citas deben programarse antes del mediodía.

Transit (El costo es \$2 por ruta)

El servicio Transit es para el público en general. No requiere solicitud. No requiere reservaciones. Los pasajeros son recogidos y dejados de autobuses de NassauTransit después de haber solicitado transporte. El servicio es disponible en Amelia Island 9 a.m. – 5 p.m. (lunes a viernes) y 9 a.m. – 12 p.m. & 1 p.m. – 5 p.m. (sábado)

Nassau Express Select, un servicio de transporte público hacia y desde Jacksonville, está dirigido a viajeros que trabajan en el centro. Aunque, las rutas a Jacksonville (como todas las rutas Transit) son para cualquier propósito.

GUÍA PARA PASAJEROS REGISTRADOS CON NassauTRANSIT TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA RECIBIR LOS SERVICIOS

Revisado agosto 2023

EDAD MÍNIMA

Menores de 14 años tienen que ser acompañados por un pariente o guardián que por lo menos tenga 18 años de edad. Los asientos de coche para niños deben ser usados por la ley del estado, pero NassauTransit no los provee.

SEGURIDAD

Los clientes deberán usar cinturones de seguridad. Los dispositivos de movilidad ocupados serán asegurados por el operador del vehículo utilizando el equipo del vehículo, si es posible. Si no es posible, los clientes que utilicen estos dispositivos deberán elegir si continúan con el viaje.

TARIFA

La tarifa se paga al operador del vehículo cada vez que aborda el vehículo, excepto cuando se realiza una transferencia desde otro vehículo de NassauTRANSIT. El operador del vehículo no lleva cambio, pero se pueden comprar NassPasses del operador por \$20 en efectivo por 20 viajes.

PERTENENCIAS PERSONALES

Las pertenencias personales que el pasajero y/o el operador del autobús puedan montar en un solo viaje y que puedan ser asegurados en el vehículo. Estos pueden ser transportados en el autobús con el pasajero. Se desaconseja comprar artículos pesados para evitar hacerse daño.

ANIMALES DE SERVICIO

Los animales que realizan algún trabajo o tarea en beneficio del pasajero son permitidos en el autobús. A menos que el animal cause algún peligro hacia otros pasajeros o al operador del autobús. Mascotas u otro tipo de animal no son permisibles en el autobús.

CONDUCTA

Todo pasajero que demuestre una conducta o amenaza física, un peligro de salubridad o moleste a otro pasajero y/o al operador del autobús será removido del vehículo por un oficial de la ley. Dichas conductas incluyen pero no se limitan a: daño corporal real o amenaza de daño corporal o conducta violenta o ilegal, enseñar un cuchillo o algún tipo de arma, revelación verbal o gestural de un arma oculta, usar un lenguaje o gestos vulgares y/u obscenos y/o profanos y/u insultos, desfigurar o inutilizar el vehículo o su equipo, desfigurar o inutilizar el vehículo o su equipo, fumar, posesión de un recipiente abierto de una bebida alcohólica, posesión ilegal de una sustancia controlada, arrojar un objeto, escupir u otra excreción voluntaria de una sustancia corporal, comentarios no deseados/desfavorables o de acoso/degradantes, contacto físico inadecuado y gritos, chillidos o conversaciones en voz alta innecesarias. A discreción de NassauTRANSIT, se le puede pedir a un pasajero que desembarque del vehículo o se le puede negar un viaje si se determina que infringe el código de conducta.

RESERVACIONES

Llamar al 904-261-0700 o 800-298-9122 entre 8:00 am y 5:00 pm, lunes a viernes, excepto días federales feriados declarados por Nassau County Council on Aging Inc. Las reservaciones deben ser hecha con tres (3) a cinco (5) días de trabajo antes de su día de reservación.

SERVICIO DE TRANSPORTE BAJO DEMANDA

Para el servicio Amelia Island Island Hopper, llamar al 904-261-0700 o al 800-298-9122 entre las 9 am y las 5 pm de lunes a viernes, excepto los días festivos declarados por Nassau County Council on Aging Inc. Puede comunicarse con Island Hopper del sábado al 904-832-1218 entre las 9 a.m. y las 12 p.m. y la 1 p.m. y las 5 p.m. ¡NO se requieren reservaciones!

CANCELACIONES

Llamar al 904-261-0700 o 800-298-9122 antes de las 5:00 pm del día anterior de su reservación. Las cancelaciones realizadas después de las 5:00 p. m. para recogidas programadas antes de las 12:00 del mediodía del día siguiente pueden considerarse "No Show" a discreción de NassauTRANSIT.

"No Shows"

El pasajero que falla en presentarse a la hora y lugar indicado se considera "No Show." Más que uno (1) "No show" en un mes calendario pueden ser razón para cancelar el privilegio de viajar a discreción de NassauTransit.

RECOGIDAS Y DEJADAS

Las recogidas y dejadas pueden ser afectadas por el tiempo, tráfico, etc... Los pasajeros deben de estar listos por lo menos 30 minutos antes de la hora estimada para recogerlo y estar preparados para ser recogido más tarde de lo previsto.

ESCORTAS/ASISTENTES DE CUIDADO PERSONAL

Una (1) escolta o asistente de cuidado personal no registrado puede acompañar al pasajero, si la necesidad se indica en la solicitud de Cliente Registrado aprobada y su escolta o asistente de cuidado personal lo acompaña en todo momento. No hay costo para su escolta o asistente de cuidado personal.

PERÍMETRO

Este servicio es de acera a acera. Si se solicita, los operadores de autobuses ayudarán a los clientes que transitan entre la casa u otro lugar y el vehículo mientras permanecen a la vista y oído del vehículo, y al subir y bajar del vehículo. Los operadores no se les permite entrar a la casa del pasajero o dejarlo/recogerlo en otra localización.

Revisada septiembre 2023



NASSAU COUNTY COUNCIL ON AGING, INC.

SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN

PARTE 1 DE 3

NassauTransit ofrece servicios de transportación con cita previa para residentes envejecientes, discapacitados, con desventajas económica, niños en riesgo y aquellos con limitadas opciones de transportación dentro del condado de Nassau.

Para más información, por favor, llamar a NassauTransit, servicios al consumidor, 904-261-0700 o 800-298-9122.

Sección 1 - Información del solicitante

Apellido	Nombre	Inicia
----------	--------	--------

Dirección Residencial	Ciudad	Código Postal
-----------------------	--------	---------------

Dirección Postal (si es diferente)

Número de Teléfono Residencia	Celular	Trabajo
-------------------------------	---------	---------

Correo electrónico	Fecha de Nacimiento	Género
--------------------	---------------------	--------

Número de Seguro Social (ver La Sección 6 al dorso)	Número de Medicaid (si es aplicable)
---	--------------------------------------

Contacto de Emergencia/ Asistente de Cuido Persona	Relación
--	----------

Número de Teléfono Residencial	Celular	Trabajo
--------------------------------	---------	---------

Miembros de la familia y/o dependientes que puedan ser elegible para transportación:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Relación
--------	---------------------	-------------------------	----------

Sección 2 - Accesos de Transportación

1. ¿Qué tipo de vehículo tiene usted? Año _____ Marca _____ Modelo _____ N/A _____
2. ¿Razón por el cual no puede manejar su vehículo? Sí / No Sí, explique ¿por qué?
3. Su servicio de transportación, ¿va a hacer temporal o permanente? (Por favor, indique)
4. ¿Hay algún otro miembro en su hogar que tenga un vehículo? Sí / No
5. ¿Hay algún miembro en el hogar, la familia o amigo que pueda transportarle a sus citas?
Sí / No ¿Por qué no?
6. ¿Cómo está siendo transportado a sus citas?
7. ¿Vive en una instalación que pueda proveer transportación? Sí / No Sí, ¿cuál es el nombre de esta instalación?
8. ¿Está inscrito en un programa de transportación que pague u ofrezca transportación?
Sí / No Sí, ¿Cuál es el nombre del programa?

Sección 3 - Paraderos Frecuentados Escriba una lista de hospitales, doctores, oficinas médicas, empleos, escuelas y otras localizaciones que frecuente regularmente.

Sección 4 - Aparatos Móviles/Equipos Especiales

Silla de rueda _____ Silla eléctrica o Scooter _____ Andador _____ Bastón _____ Oxígeno _____
Muletas _____ Animales de Servicio _____ Asistente de Cuido Personal _____
Asientos para Niños _____ (El guardián o asistente debe proveer el asiento para el niño)
¿Tiene usted otras condiciones o necesidades (cultural, religiosa, física, psicológica, etc.) que debemos tener en cuenta para poder transportarlo con seguridad? Sí / No Sí, explique:

Sección 6 - Certificación y Afirmación:

Afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta dentro de mi conocimiento. Entiendo que se mantendrá confidencial y se compartirá solo con profesionales médicos y de transporte al evaluar mi elegibilidad para el Programa de Transportación. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa o hacer afirmaciones fraudulentas o declaraciones falsas en nombre de los demás podría anular mi membresía en el programa. He recibido, leído y entendido el adjunto "Aviso- Práctica de Privacidad" y "Términos y Condiciones para Recibir Servicios". Entiendo que Nassau County Council on Aging, Inc. recopila mi información personal, **Incluyendo Mi Número De Seguro Social** con fines de identificación y verificación de elegibilidad solamente.

Firma del Solicitante (requerida)_____ Fecha_____

Firma del Asistente de Cuido Personal (si es aplicable)_____ Fecha_____

Por Favor, Completar El "Recibo De Practica De Privacidad" Y Enviarlo CON ESTE FORMULARIO SIN ESTE, ESTA SOLICITUD SE CONSIDERA INCOMPLETA

Por favor enviar este formulario Y el "RECIBO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD" a esta dirección:

**NassauTransit
102 N. 13th Street
FERNANDINA BEACH, FL 32034**

Por favor permitir 3 días de trabajo para procesar su Solicitud (Ambas Páginas) después de ser recibida. Luego de 3 días de trabajo llame al 904-261-0700 o 800-298-9122 para verificar si cualifica y fijar la hora de sus transportes. Su Solicitud será revisada anualmente para determinar si continua su elegibilidad.

¡Gracias!

Resultados (solo para uso de oficina):

Recibo_____ Documentos_____ Resultado_____ Fundamentos_____

Comentario_____

Revisada 8/2023



REVISAR ESTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE Y CONSERVAR PARA SU ARCHIVO

**NASSAU COUNTY ON AGING, INC.
SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA PROGRAMA DE TRANSPORTE
PARTE 3 DE 3**

**AVISO - PRÁCTICA DE PRIVACIDAD
(HIPAA-Health Insurance Portability and Accountability Act)
Efectivo 14 de abril del 2003**

Quien seguirá este aviso

Este aviso describe el proceso usado por nuestros voluntarios, empleados y otro personal.

SU INFORMACIÓN MÉDICA

Este aviso se aplica a la información obtenida en su archivo personal sobre su salud, estado de salud, y el cuidado y servicios que usted recibe del departamento.

Es requerido por ley darle este aviso. El aviso le explica cómo es usado y divulgado la información sobre su salud y describe sus derechos y nuestra obligación de cómo usar y divulgar dicha información.

A. Como su información podría ser divulgada

1. Para Tratamiento: Nosotros podríamos divulgar su información médica, provista por usted, para proporcionarle tratamientos y servicios. Esta información médica podría ser divulgada al personal que está envuelto en su cuidado y salud.
2. Para Pagos: Nosotros podríamos usar y divulgar su información de salud para poder cobrar y coleccionar pagos por los servicios a su salud.
3. Manejo de Cuido de Salud: Nosotros podríamos usar o divulgar su información de salud a nuestros empleados para que ellos puedan evaluar y ejecutar el tipo de cuidado necesario.
4. Otros Usos y Divulgaciones Permitidos: Hay una serie de otras formas específicas que pueden ser divulgadas sin su permiso sobre su información de salud para los siguientes fines: sujetos a requisitos y restricciones legales, tales como: Para Evitar una Amenaza a Su Salud; Requeridos por la Ley; Investigación; Donaciones de Tejidos de Órganos; Veteranos Militares; Seguridad Nacional e Inteligencia; Compensación de Trabajo; Riesgo para la Salud Pública; Juez de Primera Instancia e Instrucción; Médico Forense; Directores de Funerarias.

B. SUS DERECHO EN CUANTO A SU INFORMACIÓN DE SALUD

Usted tiene los siguientes derechos en cuanto su información médica mantenido en su archivo.

1. Derecho a Revisar y Copiar Sus Archivos: Usted tiene derecho a revisar y copiar su información de salud, como su información médica, recibos de pago, utilizados para hacer decisiones sobre su cuidado. Usted tiene que someter por escrito una querrela al oficial de cumplimiento (Compliance Officer) para poder revisar y copiar su información médica. Si usted pide una copia de su información, podrá ser cobrado por el costo de las copias, correo u otros artículos. Su petición para revisar y copiar su información puede ser denegada en ciertas circunstancias. Si usted es denegado a obtener su información, puede pedir que revisen esa denegación. Si dicha revisión es requerida por ley, seleccionaremos un profesional de la salud con licencia para revisar su solicitud y nuestra denegación. La persona que revise el caso no será la misma que denegó su solicitud y obraremos de acuerdo a su decisión.

2. **Enmendar:** Si cree que su información médica está incorrecto o incompleta , puede pedir que enmienden esta información. Usted tiene derecho de solicitar una enmendación siempre y cuando esta información se quede en nuestros archivos. Para solicitar una enmendación, tiene que completar y someter un formulario “Medical Record Amendment/Correction Form” al “Compliance Officer”. La petición de enmendación puede ser denegada por no estar por escrito o no incluye la razón por la cual esta petición es solicitada. Además, su petición puede ser denegada si requiere enmendar información que:
 - a. No creamos o que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
 - b. No es parte del historial médico en nuestros archivos.
 - c. No se le ha permitido revisar y/o hacer copias.
 - d. Es correcta y completa.
3. Tiene derecho a solicitar un listado de divulgación, “accounting of disclosure.” Esta es una lista de su información médica para fines distintos sobre sus tratamientos, pagos y cuidados de salud. Para obtener esta lista , tiene que solicitar por escrito al “Compliance Officer” : Tiene que ser solicitado dentro de un periodo de 6 años y no antes del 14 de abril del 2007. Tiene que indicar si quiere esta información por correo postal o correo electrónico y podría ser cobrado por esta lista. Le notificaremos el costo envuelto y usted puede decir si continua con su petición.
4. Derecho a Requerir Restricciones: Usted tiene derecho a requerir restricciones o limitaciones en cómo usar y divulgar sus tratamientos, pagos o cuidado de salud.
5. Tenemos el Derecho de Negarle sus Petición: Si estamos de acuerdo, obraremos de acuerdo a su petición, a menos que su información es necesaria para un tratamiento de emergencia

C. **Cambios a este Aviso**

Nos reservamos el derecho de cambiar este aviso y hacer que el aviso revisado o modificado sea efectivo para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos. Publicaremos un resumen del aviso actual en la oficina con su fecha de vigente en la esquina superior derecha. Tiene derecho a una copia del aviso actualmente vigente.

D. **Otros Usos y Divulgaciones de Información de Salud**

No utilizaremos ni divulgaremos su información de salud para otras personas que no estén identificadas en la sección anterior sin su autorización específica por escrito, aparte de cualquier consentimiento que hayamos obtenido de usted. Si nos autoriza a usar o divulgar información médica sobre usted, puede revocar dicha autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, ya no usaremos ni divulgaremos información sobre usted por los motivos cubiertos por su autorización, pero no podemos retirar ningún uso de divulgación que haya sido realizado con su permiso.

Si tenemos información sobre el VIH o el abuso de sustancias sobre usted, no podemos divulgar esta información sin una autorización especial por escrito firmada (diferente de la autorización y el consentimiento mencionados anteriormente) por usted. Para divulgar estos tipos de registros para las personas que reciben tratamiento, pagos u tratamientos de salud, tendremos que contar con su consentimiento firmado y una autorización especial por escrito que cumpla con la ley que rige los registros de VIH o abuso de sustancias.

Para más información contactar: Don Harley, Human Resources and Compliance Officer
Nassau County Council on Aging, Inc.
1901 Island Walk Way
Fernandina Beach, FL 32034
(904) 261-0701
dharley@nassaucountycoa.org

**POR FAVOR FIRME Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO
SIN ESTE, SU SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE TRANSPORTE ESTÁ INCOMPLETA**



**SOLICITUD DE MEMBRESÍA PARA PROGRAMA DE TRANSPORTACIÓN
PARTE 2 DE 3**

**Recibo / Reconocimiento De
"Aviso - Prácticas De Privacidad"**

Con parte de mi Solicitud de Membresía, he recibido y entiendo el **"Aviso - Práctica de Privacidad"** publicado por Nassau County Council on Aging, Inc.

Nombre y Apellido del Solicitante (por favor imprima)

Firma del Solicitante

Fecha

Nombre del Asistente de Cuido (si es aplicable) (por favor imprima)

Firma del Asistente de Cuido

Fecha