



Home Care Service (Bathing) Registration

Name: _____ DOB: _____

Home Address: _____

Home Phone #: _____ Cell Phone Number: _____

E-mail Address: _____

Requirements and Rules

- 65 years or older
- Disabled by the United States Social Security Administration or Doctor's note confirming physical condition
- Resident of Town of Medley
- Annual re-registration
- Must meet poverty guidelines: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

2025 POVERTY GUIDELINES	
Persons in the household	Poverty guideline
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720
Households with more than 8 persons, add \$5,3800 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

Homecare Bathing Registration: _____

Residency Verification: _____

Medical Documentation: _____

Processed by & Date: _____

Notes: _____



Registracion de Cuidado Medico (Baño)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Requisitos y Reglas

- 65 años de edad o mayor
- Deshabilitado por el departamento de seguro social de los Estados Unidos o nota del médico confirmando su condición física
- Residente de la Ciudad de Medley
- Registración Anual
- Tiene que cumplir con las pautas de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>

2025 pautas de pobreza	
Personas en el hogar	Pautas de pobreza
1	\$15,060
2	\$20,440
3	\$25,820
4	\$31,200
5	\$36,580
6	\$41,960
7	\$47,340
8	\$52,720
Hogares con más de 8 personas, agregar \$5,380 por cada persona adicional	

Tiene 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

Homecare Bathing Registration: _____

Residency Verification: _____

Medical Documentation: _____

Processed by & Date: _____

Notes: _____
