

Solicitud de Certificación de Elegibilidad para Transito Alterno ADA

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por la Corporación de Transporte Público de South Bend (Transpo) para la provisión de servicios de transporte. La información no será compartida con ninguna otra persona o agencia.

Parte A: Perfil del solicitante

Por favor escriba o imprima

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Alternativo: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono Alternativo: _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Solicitud recibida: _____

Verificación profesional enviada por correo: _____

Verificación profesional recibida: _____

Solicitud recibida con verificación profesional: _____

Ayuda de movilidad: _____ PCA: _____

Condiciones: _____

Determinación enviada por correo: _____ Fecha de caducidad: _____ Tarjeta # _____

Renovación enviada por correo: _____ Segunda notificación: _____ Notificación final: _____

Solicitud revisada 3/2010

Parte B: Certificación de servicio para tránsito alternativo**Información de discapacidad o estado de salud**

1. ¿Cuál es la naturaleza de su discapacidad o condición de salud (sea específico)?

2. ¿Su condición es temporaria? Si No

Si es temporaria, ¿cuánto tiempo espera que dure? _____

3. ¿Su discapacidad o condición de salud cambia de vez en cuando en formas que afectan su movilidad?

Si No

En caso afirmativo, describa

Información de movilidad

1. ¿Cuál de estos asistentes a la movilidad o equipo usa para ayudarse a llegar a donde necesite ir? (Marque todos los que correspondan)

Silla de ruedas manual Silla de ruedas / Scooter con motor Muletas

Bastón Perro de Servicio Andador Ninguna

Otro _____

2. ¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando usa Access? Si No

3. ¿Puedes caminar tres cuadras sin ayuda de otra persona?

Si No

4. ¿Puedes subir tres escalones de 12 pulgadas sin la ayuda de otra persona?

Si No

5. ¿Puedes esperar afuera sin apoyo durante 10 minutos?

Si No

6. ¿Puede comunicarse con el conductor del autobús con o sin ayuda (asi como un tablero de imagen o tarjetas de identificación de ruta)?

Si No

7. ¿Viajas en la ruta fija de los autobuses Transpo?

Si, regularmente Si, ocasionalmente No, pero solía No

8. ¿Hay otras condiciones que limitan su capacidad para utilizar los autobuses públicos regulares?

Si No

En caso afirmativo, por favor explique _____

Verificación del solicitante**Firma del solicitante**

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información puede dar como resultado la denegación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y solo se revelará la información requerida para proporcionar el servicio a quienes realizan dicho servicio. Entiendo que para la confirmación, Transpo puede comunicarse con el profesional de la salud que completó el formulario de verificación profesional adjunto a esta solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Persona completando formulario (si no es el solicitante)

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en base de la información que me proporcionó el solicitante o de mi conocimiento de la condición de salud o discapacidad del solicitante.

Nombre: _____ Relación con el solicitante _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código postal: _____ Teléfono _____

Firma _____ Fecha _____

Parte C: Verificación profesional

Nota: Esta parte debe ser completada por uno de los siguientes profesionales con licencia actualmente: enfermera registrada, médico, trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, quiropráctico, terapeuta ocupacional, patólogo del habla, enfermera practicante, asistente médico, consejero de salud mental, especialista de orientación / movilidad, terapeuta respiratorio, consejero de rehabilitación vocacional o terapeuta recreativo empleado en un centro médico.

Estimado profesional:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 es una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. De acuerdo con la ley, Transpo proporciona servicios complementarios de tránsito alternativo (origen a destino) para las personas que no pueden acceder al sistema regular de rutas fijas.

Los pasajeros deben ser certificados elegibles para usar este servicio. Los solicitantes pueden ser elegibles para el servicio de tránsito alternativo para todos los viajes que soliciten; elegible (basado en la capacidad funcional) para algunas solicitudes de viaje, pero no para otras; o capaz de usar el servicio de ruta fija. (Nota: los autobuses Transpo están equipados con reclinatorios que bajan los autobuses más cerca del suelo, lo que facilita el acceso al autobús. También están equipados con rampas para sillas de ruedas y áreas para asegurar las sillas cerca del frente del autobús). Para aquellos que pueden usar el sistema regular de rutas fijas, Transpo Handicards están disponibles para tarifas reducidas.

La información que proporcione junto con la información del solicitante nos permitirá tomar una determinación apropiada para la elegibilidad y para cada solicitud de viaje. Toda la información se mantendrá confidencial.

Gracias por su asistencia.

Información de discapacidad o estado de salud

1. ¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad o condición de salud del solicitante? _____

2. Es la condición temporaria? Si No
Si es temporaria, ¿Cuánto tiempo espera que dure? _____

3. ¿La discapacidad o el estado de salud del solicitante cambian ocasionalmente de maneras que afecta su movilidad? Si No

Si si, por favor explique

4. Si la discapacidad del solicitante afecta sus habilidades cognitivas, responda lo siguiente:

¿Puede el solicitante: Dar su número de teléfono a petición? Si No

Reconocer puntos de referencia y / o destinos? Si No

Pedir, y seguir instrucciones? Si No

Puede viajar seguramente por instalaciones atestadas? Si No

Información de movilidad

1. ¿El solicitante utiliza algo para ayudarse en la movilidad? Si No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda ?

2. Viaja el solicitante con un asistente de cuidado personal (PCA)?

Si No A veces Si a veces, explique _____

3. Utilizando una ayuda de movilidad o con una PCA, ¿puede el solicitante viajar tres cuadras?

Si No A veces

4. Utilizando una ayuda de movilidad o con una PCA, ¿Puede el solicitante subir tres escalones de 12 pulgadas?

Si No A veces

Excepciones o adiciones:

Revisé toda la información contenida en esta solicitud y certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Su nombre (imprimir) _____ Título _____

Agencia / Clínica _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

Dirección _____ Ciudad / Estado / Código postal _____

Firma _____ Fecha _____