

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



Instrucciones y solicitud de elegibilidad de ADA Paratransit

Dear Applicant,

Gracias por preguntar sobre cómo aplicar para la elegibilidad de paratransito del río Connecticut Transit. Adjunto es una copia de una aplicación para certificación de ADA Paratransit elegibilidad.

Lea atentamente los materiales cerrados antes de completar la aplicación.

Libertad tránsito ADA Paratransit servicio proporciona servicio a las personas que no pueden utilizar el servicio de autobús de ruta fija debido a una discapacidad. Una incapacidad para utilizar el servicio de autobús de ruta fija puede incluir al no poder viajar a y desde paradas de autobús, o buses de salida, o aprender a montar y utilizar el sistema de autobuses.

Libertad tránsito transporte ofrece compartir el viaje, servicio de acera a acera a las personas determina que "ADA elegible" para esos viajes que no se puede hacer uso del servicio de ruta fija. Por ejemplo, puede utilizar el servicio de rutas fijas para algunos viajes si las paradas están cercanas y no existen barreras que te impiden que de llegar a y desde el autobús. En otras ocasiones, no puede utilizar el autobús, servicio de paratransito de libertad tránsito pretende ayudarle en esos momentos.

Para poder determinar con precisión su elegibilidad para este servicio, por favor llene la aplicación adjunta tan exactamente como sea posible. Las preguntas se pretenden determinar las circunstancias bajo las cuales puede utilizar los servicios de ruta o transporte fijados.

Si usted necesita ayuda para completar este formulario, o tiene preguntas, póngase en contacto con nuestra oficina al 912-877-1472. Esta carta y la aplicación están disponibles en formatos alternos.

Después de haber completado la información de la aplicación, tenga un médico licenciado profesional o trabajador de caso de discapacidad que esté familiarizado con su condición de salud o discapacidad y sus capacidades funcionales y limitaciones completan el cuidado de la salud profesional de la información. La información que proporcione en esta solicitud es confidencial.

Please do not attach medical information to this application.

Por favor, envíe por correo su solicitud a:

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



Se procesarán las solicitudes completadas dentro de veintiún días de recibo. Entonces se notificará por escrito de su estado de elegibilidad. Si el tiempo adicional es necesario para completar la evaluación y la determinación se le dará elegibilidad temporal hasta que se complete el proceso.

Si determinamos usted es capaz de utilizar el servicio de ruta fija de transporte libertad, y por lo tanto, en elegibles para el servicio de paratransito, le informaremos de los motivos de esta determinación. Usted puede apelar esta decisión por escrito. Libertad de tránsito no proporcionará servicio de paratransito complementario durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no puede ser concluido dentro de los treinta días.

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



SÓLO PARA USO INTERNO
Revisada por la integridad de la aplicación
by: _____
Solicitud de fecha de finalización recibida: _____
Application tracking number: _____

Solicitante Infomacion

Título: Señor. Sra.. Miss. MS. Numero de Seguridad Social: _____

Nombre: _____

Direccion de Envio: _____

Direccion Fisica (Si es Diferente del Envio Por Correo): _____

Numero de Telefono/TDD(Dia): _____ (Noche): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Genero: Masculino Hembra

Lenguaje Primario: Ingles Espanol Firmar Otro: _____

Formatos Accesibles: Impression Estandar Letra Grande Braille Cinta de Audio
 Otro: _____

Tipo O Elegibilidad: Condicional Temporal Condicional Permanente

Uncondicional Temporal Uncondicional Permanente

Por favor dénos el nombre y número de teléfono de un amigo o relativo que podemos llamar en caso de que no podemos llegar a usted en su número normal:

Nombre: _____ Relacion: _____

Numero de Telefono/TDD(Dia): _____ (Noche): _____

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



Si esta aplicación ha sido completada por alguien que no sea la certificación solicitante, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: (día) _____ (Noche) _____

Firmado: _____ Fecha: _____

En caso de emergencia: por favor apoyan la lista nombres de dos personas, incluyendo profesionales, agencias u otros conocedores de su incapacidad que la libertad de tránsito puede contactar con:

Nombre: _____ Trabajo#: _____ Casa# _____

Dirección: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Trabajo#: _____ Casa# _____

Dirección: _____

Relación: _____

Acerca de su Discapacidad

1. ¿Tiene usted una discapacidad que le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de tránsito de Río de Connecticut? [] Si [] No

En caso afirmativo, por favor describa cualquier discapacidad física, mental, visual o funcional que le impide utilizar los servicios de autobús de ruta fija de transporte público de Río de Connecticut.

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



2. Explicar cómo su discapacidad le impide independiente utilizando el servicio de autobús de ruta fija:

3. ¿Son las condiciones que se describe? Permanente Temporal Variar Dia a Dia

¿Si es temporal, cuánto tiempo esperas tener esta discapacidad? _____

4. Tienes sensibilidad fría médicamente definida? Si No

Por encima o por debajo de qué temperaturas? _____

En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____

5. Han definido médicamente sensibilidad calor? Si No

Por encima o por debajo de qué temperaturas? _____

En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____

6. Hacer otras condiciones de iluminación de tiempo (viento, atardecer oscuro y reflejos) afectan su incapacidad? En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta:

7. Tienes una discapacidad visual? Si No a Veces

Si sí o, a veces, por favor explique: _____

8. Su respiración depende del tiempo o las condiciones ambientales: Si No a Veces

Si sí o, a veces, por favor explique: _____



9. Hace el grado de su discapacidad el cambio después de tratamiento médico? Si No a Veces

Si sí o, a veces, por favor explique: _____

Hay otros comentarios o información adicionales relacionadas con su discapacidad que le gustaría explicar?

VIAJANDO HACIA Y DESDE LAS PARADAS DE AUTOBUS

1. Eres capaz de localizar paradas de autobús de ruta fija, destinos, lugares, o cruzar calles independientemente?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique:

2. Eres capaz de viajar independientemente al anochecer? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique:

3. Eres capaz de forma independiente y segura de viaje 200 pies sin ayuda de otra persona?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique:

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



4. Eres capaz de forma independiente y segura de viaje 1/4 de milla (4 cuadras) sin ayuda de otra persona?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

5. Eres capaz de llegar y volver de su parada de autobús del barrio independientemente?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

6. Eres capaz de esperar sin ayuda o soporte para 10 (diez) minutos?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

7. Eres capaz de salir y volver a su destino regular (autobús locales) independientemente?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

8. Eres capaz de esperar más de 15 minutos? Si No a Veces

Si es así, cuánto tiempo puede esperar? _____ minutos

9. Eres capaz de viajar en superficies planas en buen tiempo? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



10. Eres capaz de viajar en superficies ligeramente inclinadas en buen tiempo? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

11. Eres capaz de conseguir a y desde la parada de transporte público más cercana? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

12. Podría usted esperar si hubiera un asiento o un cobertizo? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

13. Podría usted esperar si **No** hubiera ningún refugio asiento o autobús? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

14. Cuánto tiempo eres capaz de esperar un autobús llegar a? _____ minutos

Subir Y Bajarse Del Autobús

1. Puede usted con seguridad y caminar independientemente hacia arriba y abajo de pasos de 12 pulgadas de 3 tres?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

2. Son capaces de abordar, paseo o salir de un autobús accesible silla de ruedas sin asistencia?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____



3. Eres capaz de captar las asas o pasamanos al embarque o salida de un autobús?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

4. Son capaces de abordar o salir un vehículo, si tiene un reclinatorio que baja la parte delantera del autobús?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

5. Eres capaz de subir y bajar de un bus sin asistencia? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

6. Ha tenido alguna capacitación para aprender a viajar alrededor de la comunidad o sobre cómo usar los autobuses de ruta fija? Si No

7. Desea información acerca de capacitación gratuita para utilizar los autobuses de ruta fija? Si No

8. Lista de los tres lugares que más a menudo y cómo obtener ahora.

A. Donde vas? _____

Direccion? _____

Con qué frecuencia vas allí? _____

Cómo obtengo ahora? _____

B. Donde vas? _____

Direccion? _____

Con qué frecuencia vas allí? _____

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



Cómo obtengo ahora? _____

C. Donde vas? _____

Dirección? _____

Con qué frecuencia vas allí? _____

Cómo obtengo ahora? _____

Service Delivery

1. Utilizas una silla de ruedas o scooter? Si No

Qué tan amplia es? _____ pulgadas

Qué pesado es cuando está ocupado? _____ libras

Esta información no se utiliza para determinar la elegibilidad de paratransito. Es responsabilidad del solicitante conocer las dimensiones de su aparato de movilidad y si excede la definición de una silla de ruedas común.

Las Americans with Disabilities Act de 1990 define una silla de ruedas común como no más de 30 pulgadas de ancho, 48 pulgadas de largo, cuando mide 2 pulgadas sobre el suelo y un peso de no más de 600 libras cuando está ocupado. Si su aparato de movilidad superior a estas dimensiones, la ADA no garantiza servicio de paratransito.

2. ¿Utilizas alguna de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo especializado al viajar? Marque todas las que aplican..

Silla de Ruedas Manual Baston Blanco Largo Cane Muletas

Tablero de Comunicacion Silla de Ruedas Electrica Animal de Servicio Caminante

Scooter Electrico (tres ruedas) Otra Ayuda: _____

Silla de Gran Potencia (Excede ADA)

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



3. Si utiliza una silla de ruedas o scooter, se lo usar en transporte? Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

4 Son capaces de esperar 15 minutos en una parada de autobús con su aparato de movilidad?

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

5. ¿Necesita a un ayudante (cuidado personal, guía de vista) a viajar con usted? Un asistente puede ayudarle con cualquier personal o necesidades, tales como cruzar la calle, de viaje navegando por escaleras, etcetera.

Si No a Veces

Si no o a veces, por favor explique: _____

6. Viaja con niños menores de 10 años? Si No

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



Libericion de Informacion

El solicitante, entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar mi elegibilidad para utilizar el transporte de la libertad; s servicio de paratransito. Por la presente autorizo a mi médico a divulgar información acerca de mi incapacidad y su efecto en mi capacidad para viajar, que puede ser necesaria con respecto a mi solicitud de certificación de elegibilidad de paratransito ADA. Tengo entendido que la información se utiliza únicamente para determinar mi elegibilidad de paratransito de la ADA. Estoy de acuerdo en divulgar esta información a la libertad de tránsito. Esta versión autoriza libertad de tránsito directamente en contacto con mi médico para más información o aclaración de la información proporcionada.

Estoy de acuerdo en notificar a Río de Connecticut Transit Inc. de cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecta mi capacidad para utilizar el servicio de paratransito complementario. Entiendo que información falsa en esta solicitud puede resultar en una pérdida de servicio de paratransito de la ADA, así como una pe...

Por la presente certifico que soy la certificación solicitud individual para el servicio de ADA paratransit complementario y que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y exacta:

Firmado: _____ **Fecha:** _____

Nombre Impreso del Solicitante: _____

Si el solicitante es menor de edad o tiene un tutor el padre o tutor debe firmar esta aplicación y dar fe de la exactitud de la información contenida en este documento.

Firma del Padre o Tutor Legal: _____ **Date:** _____



LIBERTAD TRÁNSITO ACCESORIO PARA SOLICITUD DE SERVICIO COMPLEMENTARIO DE PARATRÁNSITO

Querido trabajador de caso profesional de salud o discapacidad

La ley federal requiere que la libertad de tránsito proporcionar servicio de paratrásito complementario a las personas que no pueden utilizar el accesible sistema de autobús de ruta fijo.

La información que proporcione en la verificación de profesional adjunto permitirá libertad de tránsito hacer una evaluación adecuada de la movilidad del solicitante y determinar cómo podemos satisfacer mejor sus necesidades.

Según el "Americans with Disabilities Act de 1990" (ADA) y su Reglamento, sección 37.123 (e), hay dos circunstancias específicas bajo las cuales una persona se consideraría ADA elegible para servicio complementario de paratrásito de libertad tránsito.

1. Cualquier persona con una discapacidad que no puede, como resultado de un impedimento físico o mental (incluyendo una debilitación de la visión) y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia embarque), al Consejo, paseo o desembarco de cualquier vehículo en el sistema que es fácilmente accesible a y utilizables por personas con discapacidad.
2. Cualquier persona con una discapacidad que tiene una condición específica relacionados con la incapacidad que impide que a dicho individuo de viajar a un lugar embarque o desde un lugar desembarque en sistema.

Nota: esto no incluye a las personas que encuentran incómodo o difícil de conseguir a y desde las paradas de autobús.

Recursos para este servicio son limitados, y la evaluación de cada persona debe basarse únicamente en la capacidad del individuo para utilizar el servicio de transporte regular. Todos los autobuses de ruta fija son ADA accesible. Su verificación debe considerar sólo la presencia de una enfermedad incapacitante, no es del solicitante o estado económico. Por favor tenga cuidado en la evaluación de los solicitantes de este servicio.

Si tienes cualquier duda sobre la aplicación o el proceso de revisión, póngase en contacto con la libertad de tránsito en (912) 877-1472.

Sinceramente,

Theodis Jackson, Gerente General
Transito de la Libertad
115 East M.L. King, Jr. Drive
Hinesville, GA 31313

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



Esta parte del formulario debe ser completada por el de la siguiente profesional médico que está tratando actualmente el solicitante para su discapacidad y está autorizada a facilitar esta información a la libertad de tránsito con el fin de completar la solicitud para la certificación:

Marque la casilla apropiada para identificar tu profesión

- un especialista en rehabilitación
- un especialista en orientación y movilidad
- un terapeuta ocupacional o físico
- un consejero de vida independiente
- un trabajador social
- un consejero de rehabilitación vocacional
- un oftalmólogo u optometrista
- un médico o enfermera registrada
- un psicólogo o psiquiatra
- un consejero de salud mental

Nombre del Solicitante: _____

1. En qué capacidad conoce usted al solicitante y por cuánto tiempo?

2. Es el solicitante su cliente regular? Si No

3. Por favor, indique todos los diagnósticos médicos de discapacidad del solicitante. (Por Favor Imprime Claramente.)

4. Es la condición temporal? Si No

En caso afirmativo, especifique el tiempo de (ejemplo: 6 meses) en que usted anticipa el solicitante para recuperar o reevaluación siguiente.

5. Es esta condición parece empeorar? Si No

6. El solicitante requiere el uso de los siguientes? (Compruebe cada uno, donde se aplica)

	Si	No	a Veces
Silla de ruedas manual	_____	_____	_____
Silla de ruedas motorizada	_____	_____	_____
Bastón, muletas o andador	_____	_____	_____
Animal de servicio	_____	_____	_____
Asistente de cuidado personal	_____	_____	_____

Libertad de tránsito
 c/o ciudad de Hinesville
 115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
 Hinesville, GA 31313



7. Es el candidato capaz de hacer cualquiera de los siguientes con el uso de una ayuda de movilidad y sin la ayuda de otra persona?

	Si	No	a Veces
Viaje ½ bloque?	_____	_____	_____
Viaje 1 cuadra?	_____	_____	_____
¿Viajas 2 cuadas?	_____	_____	_____
Viaje 4 cuadas o más:	_____	_____	_____
Sube tres pasos de 12 "?	_____	_____	_____
Espera afuera sin soporte	_____	_____	_____
¿durante 10 minutos?	_____	_____	_____

Si "No" o "A veces", describen en detalle los factores que tendrían un impacto negativo en las capacidades de los solicitantes para viajar o esperar fuera.

8. El solicitante independientemente cruzar la calle? Si No

9. ¿En qué circunstancias cree usted que el solicitante puede usar independientemente accesible de libertad de tránsito, ruta bus servicio fijo? Por favor describa. (ejemplo: Si la persona recibe orientación de tránsito, si no es demasiada distancia a la parada de autobús)

10. Es el candidato capaz de:

- | | |
|--|---|
| Dar direcciones y número de teléfono a petición? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no |
| ¿Reconocer un destino o punto de referencia? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no |
| Firme su nombre? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no |
| Tratar con situaciones inesperadas? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no |
| Preguntar, comprender y seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> no |

11. El solicitante está tomando actualmente algún medicamento que probablemente tendría un impacto en sus viajes habilidades o limitaciones? Si No

En caso afirmativo, por favor indique si hay efectos secundarios? _____

Libertad de tránsito
c/o ciudad de Hinesville
115 Oriente M.L. King, Jr. en coche
Hinesville, GA 31313



12. El solicitante experiencia episódicas días? Si No

13. Es la discapacidad lo mismo todos los días? Si No

14. El tiempo afecta la capacidad del solicitante para viajar? Si No

En caso afirmativo, por favor explicar y las temperaturas en que afectaría el solicitante de la lista.

Por la presente afirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderos y correctos.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma Profesional

Nombre: _____

Nombre del Profesional Impreso

Dirección de la Oficina: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de Oficina: _____

Por favor devuelva este formulario directamente a su paciente.