

ISLAND TRANSIT ADA DIAL-A-RIDE (DART) APLICACION DE CERTIFICACION DE ELIGIBILIDAD

Por favor llenar esta aplicación completamente como sea posible. Si hay alguna pregunta que no entienda llame a Island Transit al (409) 797-3909 para obtener ayuda antes de mandar la aplicación. Para que se le considere todas las preguntas deben ser contestadas.

Cada solicitante es responsable de incluir la verificación para servicio ADA de su médico o profesional de salud con el membrete o en hoja de receta.

INSTRUCCIONES PARA APLICAR AL SERVICIO DE ISLAND TRANSIT DIAL-A-RIDE
Toda información es confidencial. Para aplicar usted debe:

1. Completar todas las secciones y preguntas en la solicitud.
2. Pida a su médico o profesional de salud completar y firmar la aplicación y la Certificación De Elegibilidad.
3. Pida a su médico o profesional de salud presentar una firma adicional en su / hoja de Membrete o hoja de receta verificando su aplicación de servicio y evitar la aplicación Fraudulenta.
4. Devuelva la solicitud complete con el certificado de elegibilidad a la dirección que aparece a continuación

***Enviar aplicaciones completas a:
Comisión de Transporte
C/o Island Transit
3115 Market Street
Galveston, Texas 77550***

***Si tiene alguna pregunta favor llamar Island Transit DART a (409) 797-3909
O por fax a (409) 797-3901.***

Island Transit le notificara dentro de 21 días después de recibir su aplicación completa. Island Transit se reserva el derecho de requerir información adicional. El personal de Island Transit hará la decisión final. Si la solicitud es negada, el solicitante tiene derecho de apelar por escrito a la dirección antes mencionada.

INFORMACION BASICA

| | | | | | | |
|---------------------|---------|--|--------|--|---------------|-------|
| Nombre | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | | |
| Numero de teléfono | Trabajo | | | | | |
| | Casa | | | | | |
| Dirección | | | | | | # APT |
| | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |

CONTACTO DE EMERGENCIA

| | | | | | | |
|--------------------|---------|--|--------|--|---------------|-------|
| Nombre | | | | | | |
| Relación | | | | | | |
| Numero de Teléfono | Trabajo | | | | | |
| | Casa | | | | | |
| Dirección | | | | | | # APT |
| | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |

INFORMACION SOBRE EL USO ACTUAL DE ISLAND TRANSIT

| | | |
|--|----|----|
| ¿Utiliza actualmente el servicio de autobús Ruta-Fija? | Si | No |
| ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el servicio de Ruta- Fija de Island Transit? | | |
| ¿Dónde está la parada de autobús mas cercana a su residencia? | | |

CONSIDERACIONES DEL TIEMPO Y MEDIO AMBIENTE

Las siguientes preguntas tratan sobre los factores ambientales que afectan su capacidad de utilizar los servicios de Ruta-Fija o servicios de Paratransit.

| | | | | |
|---|---------|---------|-------|-------|
| ¿El clima afecta su capacidad para usar el servicio de Ruta - Fija? | Siempre | A veces | Nunca | No se |
| Explique | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ¿Cuantos pasos hay a la entrada de su casa? | | | | |
| ¿Usted puede caminar a nuestro vehículo de Paratransit sin ayuda de otra persona? | Si | No | | |
| Por favor describa como es el terreno cerca de su residencia. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ¿Hay aceras en su vecindario? | Si | No | | |

INFORMACION ADICIONAL

Utilice este espacio para decirnos algo que le gustaría que supiéramos acerca de los problemas que pasa al usar la Ruta- Fija.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

| | | | | | |
|---|--|--------|--|--------|--|
| ¿Usted requiere de asistencia para completar esta aplicación? | | | | | |
| ¿En caso afirmativo, como él/ella te ayudo? | | | | | |
| | | | | | |
| Yo certifico que la información anterior es correcta. | | | | | |
| Firma del solicitante. | | | | | |
| Fecha | | | | | |
| Si usted está llenando esta solicitud para otra persona llene lo siguiente: | | | | | |
| Nombre | | | | | |
| Relación | | | | | |
| Numero de teléfono | | | | | |
| Dirección | | | | | |
| | | Ciudad | | Estado | |

Información Recopilada por el Gobierno Federal para Solicitudes de Subsidios.

(1)La información solicitada a continuación es de carácter voluntario, (2) información sobre raza / etnia no afectara la elegibilidad del solicitante o el nivel de beneficios, y (3) el motivo de recopilación de información asegura que los beneficios del programa son distribuidos sin importar la raza, el color, u origen nacional. El individuo puede auto-identificar su condición racial/étnica de la aplicación. La observación visual por un representante del programa se utiliza para recoger los datos cuando el individuo no se identifica a sí mismo. El solicitante puede negarse a responder a las siguientes preguntas formuladas por el Departamento Federal de Island Transit ADA paratransit servicio. Por favor marque la designación que mejor refleje su raza / origen étnico, puede marcar más de una o indicar que no desea proporcionar la información:

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> No deseo proporcionar esta información. |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico | <input type="checkbox"/> Asiático | |
| <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Hispano | |

| | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|--|
| PARA USO OFICIAL SOLAMENTE | | Aplicación # | | |
| Fecha Recibida | | Fecha Aprobada | | |

ISLAND TRANSIT/DEMAND RESPONSE DIAL-A-RIDE (DART)

AUTORIZACION PARA PEDIR INFORMACION MÉDICA

Esto le da permiso a Island Transit de preguntar y obtener información a su médico o profesional de salud sobre su incapacidad.

Para que DART Paratransit pueda evaluar su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con su médico o profesional de salud para confirmar la información que usted ha proporcionado. Identificar el médico o profesional de salud que más pueda verificar su funcionamiento y habilidad para utilizar los servicios de transporte. Identificar otro médico o un funcionario oficial con la especialización adecuada para proporcionar más información sobre su condición.

El médico o profesional de salud que aparece en la aplicación está familiarizado con mi incapacidad y está autorizado a proporcionar información a Island Transit según sea necesario para completar esta aplicación. Favor completar la sección de abajo y hacer que su médico o profesional de salud complete la Aplicación de Certificación de Elegibilidad.

| FAVOR MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------|
| Consejero de Rehabilitación | Professional de Servicios Sociales | | Consejero de Vida independiente | | |
| Medico de terapia | Medico | | Otro personal medico profesional | | |
| Nombre del profesional de salud | | | | | |
| Numero de teléfono | | | | | |
| Dirección | | | | | |
| | Ciudad | | Estado | | Código Postal |
| Firma del Profesional | | | | | |
| Fecha | | | | | |

ISLAND TRANSIT/DEMAND RESPONSE DIAL-A-RIDE (DART)
APLICACION PARA ELIGIBILIDAD DE SERVICIO

Querido Doctor o Professional Certificado de Salud:

Estamos solicitando su ayuda para poder determinar si el solicitante es elegible para los servicios de Island Transit Dial-A-Ride (DART) Paratransit. DART es un servicio de puerta a puerta para las personas cuya incapacidad les impide utilizar el servicio local de autobús ruta-fija de Island Transit:

Debido a que el pasajero es:

No es posible sin la ayuda de otra persona, abordar viajar o bajarse en una parada de autobús de la ruta-fija de Island Transit. Esto incluye a personas que debido a su deterioro no pueden navegar el sistema.

Elegibilidad no es basada a seguridad o conveniencia.

Favor de su opinión profesional, porque el solicitante no puede usar la ruta-fija. Hemos proporcionado el espacio a continuación para que usted pueda describir en términos sencillos la incapacidad del solicitante y como la incapacidad le impide el uso de la ruta fija. Información detallada nos ayudara a tomar la mejor determinación.

Gracias

Island Transit

IMPORTANTE: Favor de firmar la aplicación a continuación y proporcione una firma adicional en su papel de membrete o en papel de receta para ayudarnos a evitar aplicaciones fraudulentas. La solicitud no puede ser procesada sin toda la información solicitada y la firma de ambos.

| | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------|---|---------------------------------|
| Nombre del Paciente o Cliente | | | | |
| Explique cómo la condición médica le impide el uso de la ruta-fija? | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Su incapacidad es: | Permanente | Temporal | Si es temporal, favor especifique cuantos meses. | |
| El solicitante usa cualquiera de los aparatos mencionados abajo para movilizarse? | | | | |
| Silla de ruedas manual | Silla de ruedas eléctrica | Bastón | Animales de servicio | Otro (favor especifique) |
| Muletas | Scooter eléctrica | Andadera | Asistente de cuidado | |
| Nombre del | | | Numero de teléfono | |
| Firma del solicitante | | | Fecha | |