

ISLAND TRANSIT ADA 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 PARATRANSIT
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 at (409) 797-3909
o por fax a (409) 877-1558.***

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				
¿Cuántos 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	

PARTE II — Por favor conteste todas las siguientes preguntas con respecto a SU movilidad.

1. ¿Puede subir y bajar sin la ayuda de un autobús de Island Transit sin un elevador para sillas de ruedas?

Si _____ No _____ Si no, favor explique: _____

2. ¿Puede subir y bajar sin ayuda de un autobús de Island Transit con un elevador para sillas de ruedas?

Si _____ No _____ Si no, favor explicar: _____

3. ¿Puedes viajar a la parada de autobús más cercana?

Si _____ No _____ Si no, favor explicar: _____

Locación: _____ Cual es la distancia?: _____

4. ¿Utiliza actualmente los servicios de Island Transit?

a. Servicio de Ruta Fija? Si_____ No_____

Si es si, ¿qué número (s) de ruta? _____

b. ¿Servicios de transporte ADA de servicios de transporte (DART)? Si_____ No_____

5. ¿Eres capaz de manejar dinero y transferencias?

Si_____ No_____ Si no, favor explicar:_____

6. ¿Eres capaz de usar barandas y manijas?

Si_____ No_____ Si no, favor explique:_____

7. ¿Puede mantener el equilibrio mientras está sentado en un autobús en movimiento?

Si_____ No_____

8. ¿Eres capaz de entender los horarios de los autobuses?

¿Entender y seguir instrucciones? Si_____ No_____

¿Procesar información para usar Island Transit? Si_____ No_____

9. Si puede usar un autobús equipado con un elevador, ¿actualmente no puede viajar porque:

_____ ¿El ascensor no se puede operar en las paradas de autobús donde necesita abordar?

_____ ¿Su silla de ruedas no se puede acomodar en un vehículo de tránsito?

_____ Otras razones. Por favor explique: _____

10. ¿Se le impide viajar hacia o desde un punto de embarque de la parada de autobús por una o más de las siguientes razones?

_____ Extrema sensibilidad a las condiciones climáticas.

_____ Sensibilidades alérgicas / ambientales.

_____ Hiperfatiga, fragilidad.

_____ Ceguera nocturna

_____ No poder cruzar intersecciones ocupadas

_____ No poder subir tres escalones de 10 pulgadas

_____ Parada del autobús está muy lejos

Por favor explique: _____

11. ¿Eres capaz de realizar las siguientes funciones sin supervisión?

a. Encuentra tu camino entre lugares conocidos?

Si _____ no _____ si, con entrenamiento

b. ¿Puede indicarle al conductor del autobús que se baje en una parada familiar y se bajar del autobús?

Si _____ no _____ si, con entrenamiento

12. ¿Puede realizar las siguientes funciones sin la ayuda de otra persona? (Si/No)

_____ Viaja 300 pies (la longitud de una cuadra de la ciudad)

_____ Recorre 900 pies (la longitud de tres cuadras de la ciudad)

¿Cuál es la distancia máxima que puede recorrer para llegar a una parada de autobús?
? _____

13. Tiene la capacidad de llegar de un lugar a otro afectado por:

_____ Terreno

_____ Lluvia, nieve, hielo

_____ Temperaturas extremas de calor o muy frías, clima ventoso

14. ¿Puedes esperar al aire libre durante 15 minutos?

Si _____ No _____ algunas veces _____ Si no, favor explicar: _____

15. ¿Tiene problemas para permanecer de pie durante más de 15 minutos?

Si _____ No _____ Si, no favor explique: _____

16. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando se siente bien?

Si _____ No _____

17. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando NO se siente bien?

Si _____ No _____

18. ¿Cómo describirías el terreno donde vives? (Pendiente o cuesta muy pronunciada, pendiente gradual)

Pendiente o cuesta muy pronunciada, pendiente o plana) _____

19. ¿Eres capaz de cruzar la calle o una intersección concurrida por ti mismo?

Si _____ No _____

20. ¿Alguna vez has recibido entrenamiento de movilidad para rutas y destinos?

Si _____ No _____

21. Si entrenamiento sobre viajes estuviera disponible, ¿estaría interesado en participar?

Si _____ No _____

22. Enumera tres de tus destinos más frecuentes y cómo llegas allí.

Destino de frecuencia o dirección de viaje ¿Cómo llegas ahora?

¿Frecuencia	Destino o dirección de viaje	Cómo llegas ahora?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

23. ¿Hay lugares a los que le gustaría ir y como llega ahora?

¿Frecuencia	Destino o dirección de viaje	Cómo llegas ahora
_____	_____	_____
_____	_____	_____

24. ¿Cómo se enteró del servicio ADA PARATRANSIT de Island Transit? (llamada telefónica, sitio web, proveedor médico, otro)

Información recopilada para solicitudes de subvenciones del gobierno federal

(1) La información solicitada a continuación es voluntaria, (2) la raza y la información étnica no afectarán la elegibilidad o el nivel de beneficios del solicitante, y (3) el motivo de la recopilación de la información es para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin Respeto a la raza, color u origen nacional. El individuo puede autoidentificar su estatus racial / étnico en la solicitud. La observación visual realizada por un representante del programa se utiliza para recopilar los datos cuando el individuo no se identifica a sí mismo. El solicitante puede negarse a responder la siguiente pregunta que se solicita con el propósito de las solicitudes de subsidios federales y no afectará la elegibilidad del solicitante para el servicio de paratransit ADA de Island Transit. Verifique la designación que refleje con mayor precisión su raza / etnia. Puede marcar más de uno o indicar que no desea proporcionar la información:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> indio americano o de Alaska
<input type="radio"/> Nativo
<input type="radio"/> Native Hawaiian or another Pacific Islander
<input type="radio"/> Black or African American | White

<input type="radio"/> Asian
<input type="radio"/> Hispanic | <input type="radio"/> I do not wish to provide this information. |
|---|--|--|

Para uso de oficina solamente			
Día Recibido		Día Aprobado	

Fecha de caducidad: _____

Uso exclusivo de la oficina:

Revisión del Comité elegido:

Revisado por: _____ **Día:** _____ **Decisión:** _____

Revisado por: _____ **Día:** _____ **Decisión:** _____

Revisado por: _____ **Día:** _____ **Decisión:** _____

Comentarios: _____

Estimado proveedor de atención médica:(

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y sus regulaciones federales implementadas establecieron categorías de personas elegibles para recibir servicios de para transporte complementarios a los servicios de autobuses de ruta fija. Las tres categorías de personas con derechos de paratransit son:

1. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden abordar, viajar y / o desembarcar de forma independiente de un vehículo accesible.
2. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden usar vehículos sin elevadores u otros alojamientos.
3. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden llegar a o desde un lugar de embarque o desembarque.

FAVOR, TENGA EN CUENTA: Toda persona debe ser certificada y elegible para ADA paratransit si hay alguna parte del sistema de tránsito que no puede ser utilizada o navegada por esa persona debido a una discapacidad. Las personas no deben ser calificadas o descalificadas en base a un diagnóstico específico o discapacidad. La información solicitada a usted en las siguientes páginas permitirá a Island Transit obtener la información necesaria para establecer la elegibilidad del solicitante. Gracias por su asistencia.

PARTE V __ Para que la complete un proveedor de atención médica apropiado
(Por favor, imprima o escriba)

Escoja uno por favor: _____ Médico _____ Proveedor de atención médica con licencia

Rehabilitación con Licencia/ Trabajador social con licencia _____

Nombre del aplicante _____
(Apellido, Nombre, Inicial)

Diagnóstico médico de la condición que causa su discapacidad:

¿Su condición es permanente?

SI _____ No _____ Si no, cual es duración esperada?

¿La discapacidad impide que el solicitante utilice los servicios de ruta fija (servicio regular de autobuses)? Si es así, por favor describa en detalle: _____

PARTE V - A completar por un proveedor de atención médica apropiado

La siguiente información se utilizará para garantizar que se envíe el vehículo adecuado para proporcionar transporte y que Island Transit pueda realizar un análisis preciso de la solicitud de viaje del solicitante.

¿El solicitante requiere alguna asistencia de lo siguiente? (Marque todo lo que corresponda)

Bastón ____ Silla eléctrica ____ Tablero de comunicación ____ Bastón blanco ____

Silla eléctrica de peso pesado y tamaño grande ____ Animal de servicio ____

Andadera ____ Scooter de potencia ____ Suministro de oxígeno portátil ____ Muletas ____

Silla de ruedas manual ____ Tirantes de la pierna ____ Asistente de cuidado personal ____

Tableta de imagen / alfabeto ____ Otro: ____

Indique a continuación si se puede dejar solo al solicitante:

____ El solicitante puede ser dejado solo ____ El solicitante No puede ser dejado solo

¿Puede el solicitante caminar o con silla eléctrica o moverse 900 pies (3 cuerdas) sin la ayuda de otra persona? Si ____ No ____

1. ¿Puede el solicitante subir tres peldaños de 10 pulgadas con ayuda? Si ____ No ____

2. ¿Puede el solicitante esperar afuera sin ayuda por 15 minutos? Si ____ No ____

3. ¿El paciente está en diálisis? Si ____ No ____

4. ¿El solicitante tiene una discapacidad auditiva? SI ____ No ____

5. ¿Puede el solicitante dar direcciones y números de teléfono si se solicita? Si ____ No ____
6. ¿Puede el solicitante reconocer un destino o punto de referencia? Si ____ No ____
7. ¿Puede el solicitante acomodarse con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina? Si ____ No ____
8. ¿Puede el solicitante pedir, entender y seguir instrucciones? Si ____ No ____
9. ¿Puede el solicitante viajar de forma segura y efectiva solo a través de instalaciones llenas y / o complejas? Si ____ No ____

**** Si el solicitante tiene una discapacidad visual:**

Agudeza visual con mejor corrección: Ojo derecho ____ Ojo izquierdo ____ ambos ojos ____

Campos visuales: Ojo derecho ____ Ojo izquierdo ____ ambos ojos ____

Describa cualquier otra discapacidad o efecto que impida al solicitante utilizar el servicio de autobús regular: _____

Con base en mi conocimiento profesional del solicitante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Nombre del proveedor de atención médica (en letra de molde) / Número de teléfono de oficina

Dirección de la oficina (ciudad, estado, código postal)

Número de licencia del estado (Completar si corresponde - Debe ser actual)

Firma _____

Fecha _____

