

ADA ELEGIBILIDAD APLICACIÓN



EL BUS proporciona aplicaciones complementarias de paratransito elegibles las personas que viven en la Ciudad de San Marcos.

Paratransito complementario a través de nuestros servicios, EL BUS proporciona un equivalente disponible opción de transporte para personas que no son capaces de usar el servicio de autobús de ruta debido a una discapacidad. EL BUS ofrece paseos, desde su origen hasta su destino, dentro de los límites de la ciudad de San Marcos.

Se puede acceder a servicios de transporte por completar esta solicitud y obtención de la certificación a través del BUS, o si se encuentra en otra área, la documentación de un servicio de transporte en otra zona del país.

¿Quién debe aplicar para ADA servicios?

- ▶ Personas que no son capaces de usar el fijo de servicios públicos de autobuses ruta debido a las barreras como escaleras, cruces, en las Colinas, la falta de rampas en las aceras, la carencia de una elevación de un autobús público, relacionados con el clima frío o calor, dificultad para desplazarse a lo largo y/o reconoce nuevos destinos.
- ▶ Las personas con problemas de movilidad debido a limitaciones visuales, artritis, lesión de la médula espinal, o de otro física y/o limitaciones cognitivas que son un obstáculo para el uso de rutas fijas.

¿Como aplicar para ADA servicios?

- ▶ Completa aplicación y **firmar el Despacho de la sección de Información**.
- ▶ Pídale a su doctor, especialistas en rehabilitación, o su otro proveedor calificado de atención médica complete y firmar la sección verificación profesional.
- ▶ Enviar la solicitud complete a:

EL AUTOBÚS
338 S. Guadalupe Street
San Marcos, TX 78666

Si usted necesita un formato alternativo de la presente solicitud o información adicional, póngase en contacto con nosotros al (512) 805-7433 or donna@ridecarts.com.

Si usted tiene una **discapacidad física o funcional, tal como se definen en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), lo que limita su uso de los autobuses accesibles via**, usted puede ser elegible para EL BUS servicio paratransito. La información obtenida en este proceso de certificación se utilizará para determinar su elegibilidad. La información puede ser compartida con otros proveedores de tránsito para facilitar su viaje en otras áreas.

Esta aplicación se debe **llenar completamente**, incluyendo la verificación de la elegibilidad de un profesional cualificado. Las solicitudes incompletas serán devueltas a los solicitantes.

Paso 1: Complete la sección de Información General

NOMBRE:

Última _____ En primer lugar _____ Inicial _____

DIRECCIÓN:

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

TELÉFONO:

Casa _____ Trabajo _____ Celda _____

FECHA DE NACIMIENTO:

____/____/____

Paso 2: Información acerca de su discapacidad

- 1 ¿Qué discapacidad le impide utilizar el autobús de ruta fija Servicio? Por favor especificar todas las que correspondan. _____

- 2 ¿Cómo su discapacidad le impide utilizar el autobús de ruta fija Servicio?

- 3 Por favor describir el área donde usted vive (p.ej., plana y cuesta muy empinada, larga y gradual hill, etc.).

- 4 Hay aceras en su residencia? _____ Se necesita? _____
- 5 ¿Cuál es la parte más difícil de subir al autobús para usted? _____

- 6 ¿Cuál es la parada de autobús más cerca a su casa? (Por favor, dé lugar) _____

En la siguiente sección, por favor marque "SÍ", "NO", O "A VECES". Si la respuesta es "NO" o "A VECES" a cualquiera de estas preguntas, usted deberá explicar su respuesta en el espacio proporcionado debajo de la pregunta.

7 Se puede obtener de esta parada de auto bús por sí mismo? ____SI ____NO ____A VECES

8 Puede subir al autobús por sí mismo? ____SI ____NO ____A VECES

9 Si tienes problemas de vision, ¿es capaz de viajar una distancia de 200 metros, sin ayuda?

____SI ____NO ____A VECES

10 ¿Es usted capaz de viajar una distancia de 3 cuadras (1/4 de milla) sin la ayuda de diferentes tipos de terreno?

____SI ____NO ____A VECES

11 ¿Es capaz de subir tres 12-pulgadas pasos sin asistencia?

____SI ____NO ____A VECES

12 ¿Es usted capaz de cruz: _____2-parada _____4-parada

____SI ____NO ____A VECES

13 ¿Es usted capaz de cruzar el semáforo de las intersecciones en las siguientes áreas?

_____Residencial _____Semi-Business_____Business

____SI ____NO ____A VECES

14 Si usted tiene una discapacidad cognoscitiva, es capaz de dar su nombre, dirección y número de teléfono a petición? ____SI ____NO ____A VECES

15 ¿Usted pueden a de reconocer a su destino o hito?

____SI ____NO ____A VECES

16 ¿Es usted capaz de hacer frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?

___SI___NO___A VECES

17 ¿Se puede pedir, entender y seguir las direcciones?

___SI___NO___A VECES

18 ¿Es usted capaz de forma segura y eficaz a través de viajes atestada y/o instalaciones complejas?

___SI___NO___A VECES

19 Utiliza los autobuses de ruta fija ahora? Si NO o A VECES, lo que limita o impide que utilice los autobuses? (Por ejemplo, si no hay aceras)

___SI___NO___A VECES

20 Si no viaja en el autobuses de ruta fija, ¿cómo está? (P. ej., familia, amigos)

21 ¿Alguna vez ha recibido algún tipo de capacitación para utilizar el autobús de ruta fija servicio?

___SI___NO

Si no es así, ¿le gustaría participar en el entrenamiento? ___SI___NO

22 Si son discapacitados visuales, si han recibido capacitación movilidad de otra organización, tales como el Departamento de Servicios de Asistencia y Rehabilitación o ARCIL? ___SI___NO

23 ¿Utilizas alguno de los siguientes dispositivos de asistencia? (Marque todas las que correspondan)

___Silla de Ruedas Manual de transporte de pasajeros es capaz de transferir a un asiento

___Pasajero no es capaz de transferir a un asiento sin asistencia

___Silla Alta

___Silla Larga

___Silla de Ruedas Eléctrica

___Scooter Eléctrica

___Walker (plegable)

___Caña

___Muletas

___Perro Guía

___Oxígeno

SOLICITANTE ACUERDO

Estoy de acuerdo en que, si estoy certificado para EL BUS servicio paratránsito, voy a pagar la tarifa exacta, si es necesario, para cada viaje. Estoy de acuerdo en notificar a la oficina de cualquier cambio en mi situación, que puede afectar a mi derecho a hacer uso del servicio. Entiendo también que si no se respetan las normas y procedimientos será motivo para revocar mi aplicación y el derecho a participar en el programa.

Entiendo y estoy de acuerdo en retener EL BUS inofensivo contra todas las demandas o responsabilidad por daños y perjuicios a cualquier persona, propiedad o lesiones personales que se producen como consecuencia de mi fracaso para equipar o mantener la seguridad del equipo adaptativo o guía certificado/animal de servicio que requieren en cuanto a movilidad. Lo he leído y entendido las condiciones de los servicios descritos en la Guía del jinete y estoy dispuesto a cumplir con ellos.

Por la presente autorizo la liberación de información de verificación y cualquier información adicional para EL BUS para el propósito de evaluar mi elegibilidad para participar en el programa.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma

Fecha

Si alguien le ha ayudado para completar esta solicitud, por favor proporcione su información y su firma a continuación.

NOMBRE: _____ TELÉFONO DE DÍA #: _____

DIRECCIÓN:

Calle _____ Numero de Apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Firma

Fecha

La especialista revisará su solicitud y puede pedir que las preguntas adicionales. Asimismo, es posible que deba participar en una evaluación de la comunidad para que podamos evaluar su capacidad funcional.

Profesional de la Salud Verificación de elegibilidad

TODA LA INFORMACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD DEBE SER LLENADO POR UN PROFESIONAL CALIFICADO DE ATENCIÓN DE LA SALUD

PERSONA COMPLETAR

VERIFICACIÓN: _____

TÍTULO PROFESIONAL: _____

AGENCIA AFILIACIÓN: _____

ESTADO DE TEXAS CERTIFICACIÓN NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: _____

Calle

Número de suite

Ciudad

Estado

Zip

BUSINESS PHONE NUMBER _____

¿Cuál es el diagnóstico médico que provoca la discapacidad?

Es esta condición: Temporal _____ Permanente _____

Si temporal, ¿cuál es la duración prevista? _____

Las fechas de duración

Puedo comprobar que la información presentada anteriormente para la verificación es verdadera y correcta a lo mayor de mi conocimiento.

Firma de Profesional Cualificado

Fecha

