



MASS TRANSPORTATION AUTHORITY

Estadounidenses con Discapacidades (ADA) Solicitud de Elegibilidad

Por favor escriba toda la información a continuación

Apellido _____ Primero Nombre _____ Segundo Nombre Inicial _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Número del teléfono del día (____) _____ de noche (____) _____

TTY # para sordos y deficientes auditivas (____) _____

¿Necesita información en los siguientes formatos alternativos?

Letra Grande Braille Cinta de Audio

¿Necesita un Asistente de Cuidado Personal? SI NO

Nombre del Asistente de Cuidado Personal _____

¿Tiene un animal de servicio? SI NO

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre _____

Dirección _____

Número del teléfono del día (____) _____ de noche (____) _____

Parentesco al solicitante _____

La Ley de Americanos con Discapacidades establece los criterios que deben cumplirse para determinar la elegibilidad para ciertos servicios de transporte. La elegibilidad se basa no sólo en la existencia de la discapacidad, sino en cómo afecta a la movilidad del solicitante. Las preguntas que siguen están diseñadas para determinar la capacidad de una persona para acceder al sistema de autobuses de ruta fija. "Acceso" implica llegar a / desde una parada de autobús, a la espera en la parada, consiguiendo encendido / apagado del autobús, y reconociendo el medio ambiente

Por favor conteste las preguntas en base a su nivel actual de movilidad, independientemente de cómo se puede cambiar en el futuro.

¿Qué es las condiciones (s) físicos, mentales o visuales, que no le permite usar nuestro sistema de autobús de ruta fija? Por favor, ser muy detallada en la descripción de su condición. ¿Cuál es su diagnóstico médico?

¿Está legalmente ciego (agudeza visual de 20/200 con la mejor corrección en el mejor ojo o campos visuales no superiores a 20 grados?

SI NO

¿Ha sido diagnosticado de discapacidad psiquiátrica?

SI NO

¿Esto os desorientación emocional o psicológico?

SI NO A VECES

¿Cuál de las siguientes ayudas para la movilidad se utilizan? Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> De oxígeno | <input type="checkbox"/> caminador |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> otra |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | |

49 CFR Partes 37 y 38 de la ley ADA establece que todas las sillas de ruedas y los usuarios deben ser transportados si el ascensor y el vehículo puede acomodar físicamente, a menos que ello sea incompatible con los requisitos de seguridad legítimos. "Requisitos de seguridad legítimos" incluyen circunstancias tales como una silla de ruedas de un tamaño tal que sería bloquear un pasillo, bloquear un vestíbulo o interferiría con la evacuación segura de los pasajeros en caso de emergencia.

Es la condición que limita su capacidad para utilizar el sistema de ruta fija:

- PERMANENTE TEMPORAL
- INTERMITENTE

Por favor explique: _____

Si es temporal, fecha mostrar: _____

¿Se puede viajar 1/4 de milla (3 cuadras) a /desde una parada de autobús sin la ayuda de otra persona?

SI NO

¿Necesita el ascensor o rampa para subir y bajar del autobús MTA?

SI NO

¿Se puede utilizar el ascensor o rampa sin ayuda?

SI NO

¿Se puede completar la siguiente sin ayuda? Viaje a través de las estaciones de tránsito complejos / concurridos?

SI NO A VECES

Si no, o, a veces, por favor explique:

¿Sabe cuándo necesita transferir y/o subir o bajar el autobús sin ayuda?

SI NO A VECES

Si, por favor explique:

¿Cuánto tiempo puede esperar fuera en una parada de autobús MTA?

menos de 30 minutos

más de 30 minutos

¿Está impedido o limitado de espera en una parada de autobús MTA o conseguir encendido / apagado de un autobús por cualquiera de los siguientes? Marque todo lo que corresponda:

Falta de banco / refugios

Calentar

humedad

Frío

escarpados / colinas

Nieve / hielo

ayudas para la movilidad

Bordillos

(3) escalones de 12"

Hierba

De pie en un ascensor w/pasamanos

Otro (*explicar*)

¿Tiene una discapacidad que a veces o en todo momento, le impide el embarque, montar o salir de un autobús de la MTA?

SI NO A VECES

Si, por favor explique:

Para que el MTA puede evaluar su solicitud de certificación de elegibilidad ADA, tenemos que poner se en contacto con un médico o un profesional de rehabilitación para obtener más información acerca de su discapacidad y la capacidad de utilizar el servicio regular de autobuses. Es importante que, si es posible, a identificar a un profesional que esté familiarizado no sólo con su discapacidad en particular, sino que también entiende su capacidad o incapacidad para viajar en autobús. Por favor completar y firmar la siguiente autorización e incluir la verificación de un profesional médico sobre su discapacidad específica.

Nombre del profesional:

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____Codigo Postal _____

Telefono (_____) _____

Mi profesional de la salud es:

- especialista en rehabilitación
- terapeuta ocupacional
- consejero de la vida independiente
- consejero de rehabilitación profesional
- trabajador social
- médico o enfermera titulada
- psicólogo
- consejero de salud mental
- audiólogo
- patólogo del habla o foniatra

Cualquier otra información no cubierta en esta aplicación que le gustaría que el MTA a considerar para su elegibilidad ADA?

Autorizo al profesional que aparece para liberar a la información MTA sobre mi discapacidad y su efecto sobre mi capacidad de viajar, que puede ser necesaria en relación con mi solicitud de certificación de elegibilidad ADA. Entiendo que la información publicada se utilizará exclusivamente para determinar mi elegibilidad ADA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Toda la información será confidencial.

Firma del solicitante

Fecha _____

PERSONA QUE COMPLETA FORMULARIO SI NO ES SOLICITANTE

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta basándose en la información que me ha dado por el solicitante, o en base a mi conocimiento del estado de salud del solicitante o discapacidad.

Nombre _____

Firma _____

Fecha _____

Parentesco al solicitante _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (_____) _____