

LEA ANTES DE COMPLETAR LA APLICACIÓN DE ADA:

Esta es una solicitud de paratransito de ADA (Ley de estado unidos con discapacidades). Conteste todas las preguntas en esta solicitud, incluyendo todas las preguntas relacionadas con los autobuses públicos. Se le devolverá cualquier sección o página en blanco para que la complete.

La decisión sobre su solicitud se base en su discapacidad y cómo su discapacidad le IMPIDE usar los autobuses públicos o llegar y salir de la parada de autobús público más cercana desde su hogar. Por favor explique en detalle porque busca la solicitud.

Se adjunta a la solicitud un formulario de autorización para obtener Información médica de su médico o especialista. Si necesita adicionales formularios de autorización para médicos adicionales, asegúrese de solicitarlos. Una vez que se complete su solicitud, la revisare con usted, y le explicare cómo funciona el servicio de ADA. Cualquier pregunta que pueda tener será respondida al revisar su aplicaion.

Gracias,
Iris Lawrence

Tenga en cuenta:

PVTA tiene 21 días para tomar una determinación de elegibilidad después de recibir toda la documentación necesaria, que incluye entrevistas cara a cara.

Fecha de solicitud: _____ (deje la fecha en blanco)

Formulario de solicitud de paratransito ADA

Tenga en cuenta que cualquier información proporcionada en esta solicitud se mantendrá confidencial y será compartida únicamente con los profesionales involucrados en la prestación del servicio de paratransito, basado en lo que sea necesario. **Todas las preguntas en esta aplicación deben ser contestadas.**

Para el uso de la oficina PVTA.

Fecha de la Aplicacion: / /

Forma de ID: #

Estado

Exp:

A. Información Personal

Apellido

Nombre

B. Residencia actual

Calle dirección:

Edificio #:

Apartamento #:

Habitación #:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Es esta residencia:

Una casa de familia única o múltiples familias

Un apartamento o condominio

Nombre:

Una casa de salud o de vida asistida

Nombre:

Otro:

C. Dirección de correspondencia (si es diferente de la residencia)

Dirección o casilla postal:

Edificio #:

Apartamento #:

Habitación #:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

D. Información de contacto

Teléfono Principal:

Teléfono Alternativo:

Número de relay o TDD:

Dirección de correo electrónico:

E. Contacto de emergencia

Apellido

Nombre

Relación:

Agencia si es aplicable:

Teléfono Principal:

Teléfono Alternativo:

F. Si alguien le ayudó a completar este formulario, por favor proporcione la siguiente información:

Apellido

Nombre:

Relación:

Agencia si es aplicable:

Teléfonos Principales:

Dirección de correo electrónico:

G. Información General

Ha aplicado para eligibilida de ADA anteriormente?

Si

No

Esta aplicando para una recertificación?

Si

No

Está certificado para recibir servicios de paratransito ADA por otro agencia de servicios u organismo de tránsito?

Si

No

En caso afirmativo:

Nombre del servicio proveedor:

Estado:

ID # (si es aplicable):

H. Información sobre su discapacidad

Parte 1

Por favor enumere por nombre qué discapacidades o condiciones de salud le impiden usar el servicio público de autobús: (Esta es una sección de dos partes, por favor leer con cuidado)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Por favor incluya su certificado de siego si esta registrado con la Commision de Massachusetts para ciegos.

Si usted indica que es una persona con condiciones mentales o retrasado en el desarrollo mental, por favor de incluir una evaluación neuro-psychological indicando la edad de inteligencia mental bajo el reporte del FSIQ (Full Scale Intelligent Quotient) si es aplicable a la persona aplicando para el servicio de ADA.

Parte 2

Explique cómo su discapacidad o problema de salud relacionado le impiden utilizar en forma independiente el servicio público de autobús.

Utiliza alguno de los siguientes cuando viaja?

Silla de ruedas	Manual	Electrica	Scooter
Caminador	Baston		Muletas
Oxígeno?	Tanque	Compressor	Dispositivo de comunicación
Respirador	Equipo médico		Animal de servicio

Otros, explicar:

Nesesita asistencia de puerta a puerta? Si No

I. Información sobre su discapacidad (continuación)

La discapacidad o condición de salud que describe es:

Permanente

Temporaria

No estoy seguro/a

Espera que dure _____ meses

Su condición de salud o discapacidad cambia día a día de una manera que afecta su capacidad para utilizar el servicio de autobús público?

Sí

No

A Veces

De ser afirmativo, por favor explique:

Existen oportunidades en las cuales cuando viaja lo acompaña un cuidador o asistente personal?

Sí

No

A veces

J. Experiencia con el servicio de autobús público

Viaja en el autobús público? Si No

Ha viajado alguna vez en el autobús público? Si No

Sí

En caso afirmativo, con qué frecuencia y a qué lugares?

Origen

Destinacion

Cuales guaguas has usado?

1. _____ **Cuantas Veces?**

2. _____ **Cuantas Veces?**

3. _____ **Cuantas Veces?**

4. _____ **Cuantas Veces?**

No

En caso negativo, por qué no viaja actualmente en el autobús público?

El entrenamiento de viaje es un servicio gratuito que enseña a utilizar el autobús público. Desea más información sobre este servicio?

Sí

No

K. Capacidad funcional

Puede encontrar su camino a una parada si alguien se lo muestra una vez?

Sí

No

A veces

Como lejos puede usted caminar, si es necesario utilizando una ayuda de movilidad? (Una cuadra es 500 pies). Cero cuabras 1 cuadra 2-4 cuabras 4+ cuabras

Puede caminar hacia arriba/abajo en una colina gradual?

Sí

No

A veces

Puede ver/detectar curvas, rampas y otras áreas para bajarse?

Sí

No

A veces

Cuánto tiempo puede estar parado, esperando en una parada de autobús?

Puede subir y bajar de un autobús público?

Sí

No

A veces

En caso negativo, por favor explique:

Puede pedir, entender y seguir instrucciones de viaje?

Sí

No

A veces

L. Barreras

Qué barreras en el ambiente harían difícil para usted la utilización del servicio de autobús público?

Falta de cortes de acera

Colinas empinadas

Calle muy transitada que debo cruzar

Sin luz de cruce de peatones

No ha yaceras

Aceras en mal estado

Otras, describa:

Explique por qué las condiciones que indica le dificultan utilizar el servicio de autobús público.

POR FAVOR, TENER EN CUENTA:

La PVTA tiene 21 días para hacer una determinación de elegibilidad luego de haber recibido todos los documentos necesarios, lo que incluye las entrevistas.

Las solicitudes completas serán procesadas dentro de los 21 días siguientes a la recepción.

Se le notificará por escrito de su determinación de elegibilidad para el servicio de transporte ADA. Si usted no ha sido notificado con una decisión o el estado de su solicitud en el plazo de 21 días, por favor llame y le proporcionará los servicios de Paratransito hasta que su solicitud sea procesada y se determine una determinación final de elegibilidad.

Definición de discapacidad de la ADA

Cualquier persona con una discapacidad que, como resultado de una deficiencia física o mental y sin la ayuda de otra persona, (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas) no pueda subir o bajar de cualquier autobús público de la ciudad.

Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición específica relacionada con su impedimento, que le impida viajar a o desde una parada de autobús, en el sistema público de autobuses de la ciudad.

Las barreras arquitectónicas y ambientales tales como distancia, terreno o clima no constituyen por sí mismas una base de elegibilidad. Sin embargo, una persona puede ser elegible si la interacción entre la discapacidad y las barreras le impiden a la persona viajar a o desde la parada de autobús público de la ciudad.

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay veces en que no puedo utilizar el servicio de autobús público y por lo tanto, debo utilizar los servicios de paratransito de ADA. Certifico que a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar informaciones falsas o información errónea puedo resultar en una nueva evaluación de mi elegibilidad.

Firma del solicitante o guardián

____/____/____
No Ponga la Fecha



*****POR FAVOR DE COMPLETAR ESTA PAGINA POR COMPLETA*****

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER
(Authorization to Obtain)**

**VERIFICACIÓN DE UN MÉDICO O OTRO PROFESIONAL
(Physician or other profesional Verification)**

Por favor proporcione la siguiente información de un medico o profesional que esté familiarizado con su discapacidad y sea capaz de proporcionar la información necesaria que ayude a determinar la elegibilidad para servicio.

Médico	Profesional de la salud	Rehabilitación Profesional
Nombre del Profesional:		
Agencia:		
Dirección de la Oficina:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono #:		Fax de la oficina:
Nombre del solicitante o guardian:		
Fecha de nacimiento:		
Firma del solicitante o guardián:		

PLEASE RETURN PROFESSIONAL VERIFICATION FORM UPON COMPLETION TO:

PVTA Attn: PVTA ADA Coordinator

Fax Number: (413) 746-1659 (Preferred)

Office Tel: 413-732-6248 x 2214

Address: 2808 Main St, Springfield, MA 01107

Email Address: iris@pvta.com