

PEDIDO LA CERTIFICACIÓN DEL ADA ELEGIBILIDAD DE PARATRANSIT

-- PARTE A --

La información obtenida en este proceso de la certificación será utilizada solamente por el tránsito de la bujía métrica para la disposición de los servicios del transporte. La información será compartida solamente con otros abastecedores del tránsito para facilitar recorrido en esas áreas. La información no será proporcionada a ninguna otra persona o agencia.

1. _____ conocido
2. _____ de la dirección

3. _____ (casero) del número de teléfono _____ (del trabajo)
4. Fecha de nacimiento ____/____/____
- 5.Cuál es la inhabilidad que evita que usted use nuestro fijo servicio de la ruta

6. Cómo hace esta inhabilidad evite que usted use la ruta fijada ¿servicios? Explique por favor totalmente. Utilice una hoja adicional si necesario.

7. Hay cualquier otro efecto de su inhabilidad para las cuales necesitemos ¿para ser hecho enterado?

-- PARTE A --

La información siguiente será utilizada para asegurarse de que un vehículo apropiado está utilizado al proporcionar su transporte y que un exacto el análisis de las peticiones del viaje se puede hacer por el tránsito de la bujía métrica.

8. ¿Usted utiliza un de los después de las ayudas para la movilidad? (Compruebe todo el que aplíquese)

- | | |
|--|-----------------------------|
| _____ manual del sillón de ruedas | _____ del bastón |
| _____ del sillón de ruedas eléctrico | _____ Sostiene el |
| _____ del perro de guía | _____ accionado de la vespa |
| _____ del asistente del cuidado personal | |

9. ¿Usted requiere a un asistente del cuidado personal cuando usted viaja usando tránsito?

Sí ___ Ningun n ___

10. Conteste por favor a las preguntas siguientes:

¿Puede usted viajar 200 pies sin la ayuda de otra persona?

Sí ___ Ningun n ___ A veces _____

¿Puede usted subir tres pasos de 12 pulgadas sin ayuda?

Sí ___ Ningun n ___ A veces _____

¿Puede usted esperar afuera sin la ayuda por diez minutos?

Sí ___ Ningun n ___ A veces _____

11. Certifico por este medio la información antedicha estoy correcto.

_____ firmado Fecha ____/____/____

12. Si este uso ha sido terminado por alguien con excepción de la persona que pide la certificación, esa persona debe terminar el siguiente:

_____ Nombre
_____ de la dirección
_____ del teléfono diurno

_____ de la firma Fecha ____/____/____

Página 3.

-- PARTE A --

Para permitir que el tránsito de la bujía métrica evalúe su petición, puede ser necesario entrar en contacto con el médico o al otro profesional para confirmar información que usted ha proporcionado. Termine por favor la información siguiente y forma de la autorización.

El profesional _____ del médico del cuidado médico siguiente del _____
La rehabilitación profesional del _____ (cheque uno) es familiar con mi inhabilidad y se autoriza para proporcionar información al tránsito de la bujía métrica como sea necesario para terminar esta certificación.

Nombre del proveedor de asistencia sanitaria _____
_____ de la dirección
_____ del teléfono

Applicant' conocida impresa s del _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Applicant' firma de s _____ Fecha ____ / ____ / ____

PEDIDO LA VERIFICACIÓN PROFESIONAL

-- PARTE B --

Estimado _____,

atado autorización forma tiene sido sometido por

_____, quién ha indicado que usted puede proporcionar la información con respecto su inhabilidad y a su impacto sobre su capacidad de utilizar nuestros servicios de tránsito. La ley federal requiere La bujía métrica transita para proporcionar servicios del paratransit a las personas que no pueden utilizar servicios fijos disponibles de la ruta. La información que usted proporciona nos permitirá para hacer una evaluación apropiada de esta petición y de su uso a peticiones específicas del viaje. Gracias por su cooperación en esta materia.

Capacidad en la cual usted conoce al aspirante: _____

Diagnosis médica de la condición que causa inhabilidad: _____

¿Es la condición temporal?

Ningun n _____ Sí _____ Duración prevista hasta ____ / ____ / ____

Si la persona tiene una inhabilidad el afectar de movilidad:

¿Puede la persona caminar 200 pies sin ayuda? Ningun n _____ Sí _____

A veces _____

¿Capaz de caminar 1/4 milla sin ayuda? Ningun n _____ Si _____

A veces _____

¿Capaz de subir tres pasos de 12 pulgadas sin ayuda?

Sí _____ Ningun n _____ A veces _____

¿Capaz de esperar afuera sin la ayuda por 10 minutos?

Sí _____ Ningún _____ A veces _____

Página 5.

-- PARTE B --

¿Esta persona utiliza ayudas de la movilidad? ¿Si es así qué?

Si esta persona tiene una debilitación visual:

Agudeza visual con la mejor corrección:

_____ correcto del ojo _____ izquierdo del ojo _____ de ambos ojos

Campos de visión:

_____ correcto del ojo _____ izquierdo del ojo _____ de ambos ojos

Si la persona tiene una inhabilidad cognoscitiva, es la persona capaz:

¿Dé las direcciones y los números de teléfono a petición? Sí _____ Ningún _____

¿Reconozca una destinación o una señal? Sí _____ Ningún _____

¿Ocúpese de situaciones inesperadas o de cambio inesperado en rutina?

Sí _____ Ningún _____

¿Pida, entienda y siga las direcciones? Sí _____ Ningún _____

¿Viaje con seguridad y de manera efectiva a través de instalaciones apretadas y/o complejas?

Sí _____ Ningún _____

Hay cualquier otro efecto de la inhabilidad para la cual el tránsito de la bujía métrica debe estar ¿hecho enterado? Describa por favor.

_____ Su conocido
_____ de la dirección de la oficina

_____ del número de teléfono de la oficina
_____ de la firma