



Caro Candidato para serviço SRTA,

As pessoas com deficiências podem ser consideradas elegíveis para usar o serviço SRTA ADA se eles/as satisfazem os seguintes critérios:

- ✓ Se a deficiência da pessoa não permite entrar ou sair de uma estação/paragem de autocarro no ponto de origem ou destino.
- ✓ Se a deficiência da pessoa não permite entrar, utilizar ou desembarcar do veículo na estação/paragem, mesmo com assistência de um autocarro equipado com elevador.
- ✓ Se a deficiência da pessoa não permite o reconhecimento do ponto de embarque ou o ponto de destino quando a pessoa estiver no veículo.
- ✓ Se a deficiência da pessoa não permitir que a pessoa negocie transferências ou ligações, se houver algumas, no caminho de viagem de rota fixa desejado.

Barreiras arquiteturais ou ambientais fora do controlo único da SRTA (ex. distância, piso, falta de cortes no passeio, condições climatéricas), não são base para elegibilidade. A interação de tais barreiras com a condição específica relacionada á incapacidade de um indivíduo pode formar uma base para a elegibilidade, se o efeito é impedir que o indivíduo viaje para um local de embarque ou de um local de desembarque.

A determinação de sua elegibilidade será feita pela SRTA dentro de 21 dias do recebimento da sua candidatura completamente preenchida. A companhia SRTA irá notificá-lo/a por escrito da decisão sobre sua elegibilidade para o serviço de transporte de incapacitados da ADA. Se for determinado que você é capaz de usar o sistema de rotas fixas e não está qualificado para o serviço de transporte de incapacitado, a firma SRTA explicará o motivo dessa determinação. Uma oportunidade para recorrer de uma decisão da SRTA estará disponível. O processo de recurso será descrito em detalhes na carta de rejeição.

Se a sua candidatura é aprovada, receberá informação sobre o método de usar o apropriadamente o serviço. Se você for considerado temporariamente incapacitado/a pela SRTA então receberá uma elegibilidade TEMPORÁRIA, a qual pode ser renovada (se necessário dependendo da sua situação médica). A sua elegibilidade poderá ser reavaliada periodicamente pelo nosso gabinete.

Serving the Communities of

Acushnet, Dartmouth, Fairhaven, Fall River, Freetown, Mattapoisett, New Bedford, Somerset, Swansea, Westport

700 Pleasant St., Suite 320, New Bedford, MA 02740
srtabus.com, (P) 508-999-5211 (F) 508-993-9196

Avaliando a Sua Elegibilidade para Serviços

Se está candidatando-se para serviço a incapacitados ADA, por favor preencha a Candidatura para Serviço a Incapacitados ADA que está anexada. Lembre-se, a fim de ser elegível para este serviço, o seu local de origem e destino terá que ficar dentro do espaço de $\frac{3}{4}$ de milha do nosso corredor de rota fixa e o tempo da sua viagem deve estar dentro das horas da rota do autocarro SRTA mais próxima. Se você não residir num raio de $\frac{3}{4}$ de milha, poderá reservar uma viagem com SRTA se houver espaço disponível no serviço quando você fizer a solicitação. Viagens fora de um raio de $\frac{3}{4}$ milha e fora das horas de operação para a rota mais próxima não são viagens ADA e não são garantidas. A SRTA esforçar-se-á para acomodar todos os pedidos de viagens que não sejam ADA para clientes certificados pela ADA, desde que não crie uma restrição de capacidade para o serviço ADA.

Por favor preencha a sua candidatura o mais completamente possível. As perguntas irão assistir-nos em determinar as limitações específicas que tem usando o nosso serviço. É possível que SRTA possa marcar uma chamada ou uma reunião em pessoa se perguntas adicionais aparecerem durante a revisão da sua candidatura. Se existe a necessidade para uma reunião pessoal, SRTA terá muito gosto em fornecer transporte para e dos nossos escritórios sem qualquer custo ao candidato assim como a cuidadores ou Assistentes de Cuidados Pessoais que possam precisar estar presentes.

Será necessário que um profissional de cuidados médicos licenciado (não um parente ou amigo/a) que o atende numa base profissional preencha a parte de verificação Médica da sua candidatura. Essa pessoa pode ser uma enfermeira registada, assistente social, médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, quiropracta, patologista da fala, assistente médico, enfermeiro prático, ou conselheiro de saúde mental empregado numa instituição médica. Contatar o nosso escritório se necessita de assistência para preencher por inteiro a sua candidatura. **Candidaturas incompletas serão devolvidas e não consideradas até que toda a informação (incluindo a secção de verificação médica) é recebida.**

Todas as candidaturas e certificações serão mantidas em confidência rigorosa e não serão publicadas. Nós reservamos o direito de verificar a informação relatada na candidatura contactando pessoas nomeadas no formulário.

Por favor devolva a sua candidatura totalmente preenchida para:

Southeastern Regional Transit Authority

700 Pleasant Street, Suite 320

New Bedford, MA 02740-6263

Phone: 508-999-5211

Website: www.srtabus.com

Toda a informação relativa ao programa serviço a incapacitados SRTA ADA está disponível (após pedido) em várias formas, áudio, Braille e formatos com letras grandes.

CANDIDATURA DE TRANSPORTE A INCAPACITADO ADA

Esta candidatura será usada somente para determinar elegibilidade ADA para Southeastern Regional Transit Authority. Transporte é primariamente de passeio a passeio, no entanto, se necessário; acomodações podem ser feitas para serviço de porta a porta. Por favor preencha esta candidatura o melhor possível. Os serviços de transporte a incapacitados ADA da firma SRTA são para indivíduos que viajam dentro de $\frac{3}{4}$ de milha no corredor da nossa rota fixa e não podem navegar ou acessar o nosso serviço de rota rixa devido às suas incapacidades. Transporte é fornecido do ponto de origem ao seu destino e está disponível somente quando os nossos autocarros de rota fixa operam. O facto que acessar a rota fixa é difícil, inconveniente ou não transita perto ou para a sua casa ou ponto de destino não é causa suficiente para elegibilidade, serviço ADA está disponível na “base do próximo dia” e custa o dobro da tarifa de adulto do serviço regular de rota fixa.

Todas as perguntas terão que ser preenchidas para que a candidatura seja considerada complete. Por favor imprima ou escreva à máquina.

Apelido: _____ Primeiro Nome: _____ Inicial: _____

Morada onde Vive: _____ Apt. _____

Endereço para Correio (se for diferente) _____

Cidade ou Vila: _____ Código Postal _____

Telefone de Casa: _____ Telemóvel: _____

Data de Nascimento: _____

Por favor dê-nos o nome e número de telefone de uma pessoa que poderemos chamar em caso de emergência.

Nome: _____ Parentesco a si: _____

Telefone de Casa: _____ Tele móvel: _____

Se esta candidatura está a ser preenchida por alguém que não seja a pessoa pedindo certificação, por favor complete os seguintes:

Nome: _____ Parentesco a si: _____

Telefone de Casa: _____ Tele móvel: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Por favor leia as seguintes frases e marque com um círculo aquela que melhor descreve o que você acha ser a sua habilidade de usar o serviço de autocarro fixo da SRTA sozinho/a. Marque somente um:

1. Não acho poder viajar independentemente no autocarro.
2. Não tenho a certeza se eu posso viajar no autocarro.
3. Eu posso viajar às vezes, se as condições permitem.
4. Eu uso o autocarro frequentemente.

INFORMAÇÃO SOBRE A SUA INCAPACIDADE E EQUIPAMENTO DE MOBILIDADE

1. Por favor escolha o tipo ou tipos de incapacidades que o/a impedem de usar a nossa rota fixa de autocarro (pode escolher mais do que um).

Incapacidade física _____ Incapacidade Mental _____ Incapacidade Visual _____
Cegueira _____ Incapacidade intelectual _____ Outro _____

2. Descreva a sua incapacidade e explique em detalhe como o/a impede de usar a rota fixa de autocarro da SRTA algumas vezes ou sempre.

A sua condição é permanente _____ ou temporária _____ se temporária, quanto tempo espera que a sua condição vai durar? _____

Há qualquer outro efeito da sua incapacidade que devemos saber?

3. Por favor indique o uso de qualquer auxílio móvel ou equipamento*:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bengala | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Moletas | <input type="checkbox"/> Motoreta eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Caminhante | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas manual |
| <input type="checkbox"/> Braçadeira de Perna | <input type="checkbox"/> Bengala branca comprida |
| <input type="checkbox"/> Próteses | <input type="checkbox"/> Animal de Serviço |
| <input type="checkbox"/> Oxigénio Portátil | <input type="checkbox"/> Outro (favor especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Não uso qualquer destas peças | |

*Se você usa cadeira de rodas ou motoreta manual ou eléctrica, tem uma largura acima de 31 polegadas, o comprimento mais de 45 polegadas, ou, quando em uso, pesa mais de 800 libras?

Sim Não

INFORMAÇÃO SOBRE O SEU PRESENTE USO DE SERVIÇO DE AUTOCARRO DE ROTA FIXA SRTA

Você usa presentemente o serviço de rota fixa de autocarro SRTA? _____ Sim _____ Não

Quando foi a última vez que você usou o serviço de rota fixa SRTA? _____

Que rota(s) de autocarro serve a sua vizinhança, e qual é a paragem de autocarro mais próxima? Por favor dê o nome da Estrada e local (ex. Estrada 10 Dartmouth, Hawthorn Medical Center). Você pode ligar para o serviço ao consumidor SRTA pelo número (508) 999-5211 para informação sobre as rotas e paragens de autocarro na sua vizinhança.

Pode chegar à paragem sozinho/a? (marque um)

Às vezes _____ Não tenho a certeza _____ Sim _____ Não _____

Se não, porquê? _____

SUA HABILIDADE FUNCIONAL

As suas respostas às perguntas nesta secção irão ajudar-nos a compreender melhor a sua habilidade funcional em áreas específicas. Para cada pergunta, circule uma resposta. A sua resposta deve ser baseada em como se sente na maioria do tempo, sob circunstâncias normais, e se pode ou não desempenhar esta atividade independentemente.

Você pode:

1. Subir e descer três (3) degraus se existe corrimão(s)?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

2. Usar o telefone para obter informação?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

3. Viajar a um bloco de altura no passeio se as condições climáticas são boas?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

4. Se pode fazer isto, quanto tempo lhe leva?

Menos de cinco (5) minutos Five (5) a dez (10) minutos Não tenho a certeza

5. Atravessar a rua se existem cortes no passeio?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

6. Subir e descer num elevador de cadeira de rodas com corrimão de ambos os lados?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

7. Quando o tempo está bom, viajar três blocos nivelados no passeio?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

8. Se pode fazer isto, quanto tempo lhe leva?

Menos de cinco (5) minutos Cinco (5) a dez (10) minutos Não tenho a certeza

9. Esperar quinze (15) minutos numa paragem de autocarro onde não existe um banco ou abrigo?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

HABILIDADE FUNCIONAL, CONTINUAÇÃO

10. Subir ou descer uma ladeira gradual no passeio, se o tempo está bom?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

11. Encontrar a paragem do autocarro?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

12. Presentemente você pode viajar sozinho/a?

Sempre Por vezes Nunca Não tenho a certeza

13. Se você precisa de assistência de outra pessoa tal como um Assistente de Cuidados Pessoais (PCA), tem quem o ajude?

14. Que barreiras à sua volta tornam difícil para você usar a rota fixa de autocarro?

Marque todos que se aplicam:

Falta de cortes no passeio Não existem passeios Ladeiras íngremes Ruas transitadas para atravessar

Passeios em más condições (buracos, etc.)

Outro: _____

CONSIDERAÇÕES RELACIONADAS COM CONDIÇÕES CLIMATÉRICAS

1. O tempo afeta a sua habilidade de usar o serviço fixo de autocarro SRTA? ___sim ___não
2. If you answered yes, please explain how: _____

- ___Eu não posso viajar através de grande camada de neve ou quando há gelo
___Eu não posso viajar de noite devido a cegueira noturna
___Temperaturas muito baixas são perigosas para a minha saúde
___Temperaturas muito quentes são perigosas para a minha saúde
___Alta poluição alta no ar (smog, etc.) é perigoso para a minha saúde
___Outro. Explique: _____

O AMBIENTE EM REDOR DA MINHA CASA

1. Quantos degraus existem na entrada que usa na sua residência? _____
2. Pode chegar ao veículo SRTA sem alguma ajuda de outra pessoa na sua residência?
_____Sim _____Não
3. Se não, porquê? _____
4. Como pode descrever o terreno onde você vive? (Ex: ladeira íngreme, plano, ladeira gradual, etc.)

5. Existem passeios na sua vizinhança? _____Sim _____Não

Precisou de ajuda no preenchimento deste formulário? ___Sim ___Não

Se sim, como foi que essa pessoa o/a ajudou? _____

Por favor verifique o questionário para se certificar que respondeu a todas as perguntas no melhor da sua capacidade.

Eu certifico que compreendo que a fim de ser elegível para usar o serviço de transporte de incapacitados ADA, eu tenho que ter uma incapacidade a qual me impede de usar o serviço de rota fixa da SRTA. Eu concordo que se qualquer informação fornecida à firma SRTA é materialmente falsa ou errada, a SRTA terá o direito de reconsiderar a minha elegibilidade para serviços de transporte de incapacitados. Eu certifico que a informação fornecida acima é correta. Eu compreendo que a firma SRTA pode contatar o profissional de cuidados de saúde que completou a verificação médica anexa a esta candidatura a fim de confirmar a informação incluída nesta candidatura.

ASSINATURA: _____ DATA: _____

A fim de permitir à SRTA avaliar a sua candidatura será necessário que o seu Médico ou outro Profissional confirma a informação que nos forneceu e devolva essa informação com a sua candidatura.

PROFESSIONAL VERIFICATION FOR ADA PARATRANSIT SERVICES

IMPORTANT NOTICE: The information, which you provide, will assist the SRTA in determining your patient's functional and cognitive ability to use public transportation. This form assists the SRTA in determining when and under what circumstance the consumer can utilize the bus system. All of our vehicles are equipped with a wheelchair lift for individuals who need to use a wheelchair or cannot climb stairs. It is essential that you be as precise as possible in your evaluation. All information on this form will be kept strictly confidential and will not be released. Thank you for your cooperation. Please contact our office if you would like to return this form via fax.

Name of Physician or Health Care Professional completing this form: _____

Office Address: _____

Phone: _____ Date: _____

1. In what capacity do you know this individual? _____

2. How long have you known this individual? _____

3. When was the last face to face contact with this individual? _____

4. What is the individual's diagnosis? _____

5. Is the person taking medication? _____

6. Do you deem the individual to be compliant in taking medication? _____

Does the medication affect the individual's functional ability to travel independently within the community?

If yes, how? (drowsiness, confusion, etc.) _____

7. Is the individual's disability the same every day? Yes _____ No _____

If no, please answer the following:

What is a "good day" like? _____

What is a "bad day" like?

How many "good/bad" days has the individual had in the last month?

_____ "good" day _____ "bad" day

Does anything trigger a "bad" day? Yes, _____ No _____ Explain: _____

8. Are any of the following affected by the individual's disability? Check all that apply:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Disorientation | <input type="checkbox"/> Concentration | <input type="checkbox"/> Communication |
| <input type="checkbox"/> Problem-solving | <input type="checkbox"/> Gait or Balance | <input type="checkbox"/> Inconsistent performance |
| <input type="checkbox"/> Short term memory | <input type="checkbox"/> Monitoring time | <input type="checkbox"/> Coping skills |
| <input type="checkbox"/> Long term memory | <input type="checkbox"/> Judgement | <input type="checkbox"/> Inappropriate social behavior |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

Please explain how the above interferes with safe community travel:

9. Does the individual demonstrate inappropriate social behavior? Yes No

If yes, please describe _____

10. Describe how the individual's disability affects his/her ability to complete the following travels tasks:

Traveling alone outside _____

Leaving the house on time _____

Seeking and acting on directions _____

Finding way to/from the bus stop _____

Crossing streets _____

Waiting for the bus _____

Boarding the correct bus _____

Riding on the bus _____

Transferring to a second bus _____

Monitoring time _____

11. Would mobility training be appropriate for this individual? Yes No

If no, why? _____

I certify that this information is true and correct to the best of my knowledge.

Signature _____

Title _____

Please print or type name

Please print or type title

Agency _____

Date _____

Address _____ Phone _____

Thank you for your time and input.