

Massachusetts Americans with Disabilities Act (ADA)
Formulário de Solicitação de Paratrânsito

O objetivo desta solicitação é determinar a elegibilidade para o serviço complementar de Paratrânsito ADA. Se você tem uma deficiência que impede o uso do serviço de ônibus de rota fixa em Massachusetts, você pode ser elegível para o serviço de Paratrânsito ADA. O Paratrânsito ADA é um serviço de viagem compartilhada, com reserva antecipada, de origem ao destino para pessoas com deficiências que não conseguem usar o serviço de ônibus de rota fixa devido à sua deficiência.

Crítérios de Serviço de Nível ADA: Os programas de Paratrânsito ADA das Autoridades de Transporte Regional de Massachusetts são cada um projetados, no mínimo, para atender aos critérios de serviço da Lei dos Americanos com Deficiências estabelecidos pelo governo federal. O serviço é fornecido apenas para indivíduos considerados elegíveis pela Autoridade de Transporte Regional e é operado sob as seguintes diretrizes ADA:

- O serviço complementar é fornecido apenas em áreas onde operam ônibus de rota fixa. Isso não inclui serviços de Commuter Express, Intercity ou Dial-A-Ride. Uma viagem é considerada Paratrânsito ADA apenas quando tanto o ponto de embarque quanto o ponto de desembarque estão localizados dentro de três quartos de milha de uma rota de ônibus de rota fixa.
- O serviço é fornecido apenas durante as horas e dias em que o serviço de ônibus de rota fixa naquela área opera.
- As viagens devem ser reservadas pelo menos no dia anterior à viagem durante o horário comercial normal para a RTA.
- As tarifas do Paratrânsito ADA variarão por todo o Commonwealth, mas tipicamente não são mais que o dobro do custo de uma tarifa integral em um ônibus de rota fixa.
- O serviço não é restrito por propósito da viagem, mas fornecido para todos os tipos de viagens.

Definição ADA de Deficiência: Qualquer pessoa com deficiência que seja incapaz, como resultado de uma deficiência física ou cognitiva, e sem a assistência de outro indivíduo (exceto o operador de um elevador de cadeira de rodas), de embarcar, viajar ou desembarcar de qualquer ônibus de rota fixa.

Qualquer pessoa com deficiência que tenha uma condição específica relacionada à deficiência que a impeça de viajar para ou de uma parada de ônibus no sistema de ônibus de rota fixa. Barreiras arquitetônicas e ambientais como distância, terreno ou clima não formam uma base para elegibilidade sozinhas. No entanto, uma pessoa pode ser elegível se a interação da deficiência e barreiras ambientais impedirem a pessoa de viajar para ou da parada de ônibus de rota fixa.

Elegibilidade: Existem três tipos de elegibilidade:

Elegibilidade Incondicional - Sua deficiência ou condição de saúde sempre impede você de usar ônibus de rota fixa e você se qualifica para o serviço de Paratrânsito ADA para todas as suas viagens.

Elegibilidade Condicional - Você é capaz de usar o ônibus de rota fixa para algumas de suas viagens e se qualifica para o serviço de Paratrânsito ADA para outras viagens quando sua deficiência ou barreiras ambientais impedem o uso do serviço de ônibus de rota fixa

Elegibilidade Temporária - Você tem uma condição de saúde ou deficiência que temporariamente impede você de usar o ônibus de rota fixa.

Processo de Solicitação: O serviço de Paratrânsito ADA é fornecido para clientes cuja deficiência ou condição de saúde pode impedi-los de usar serviços de ônibus de rota fixa para algumas ou todas as suas viagens. Indivíduos interessados em usar o serviço de Paratrânsito ADA devem solicitar e ser considerados elegíveis de acordo com as diretrizes ADA. Cada Autoridade de Transporte Regional determinará as habilidades funcionais e limitações de um indivíduo para usar ônibus de rota fixa dentro de sua região.

1. Preencher completamente o Formulário de Solicitação de Paratrânsito
2. Anexar quaisquer certificações pertinentes à sua deficiência: Certificado de Cegueira, Verificação de Deficiência de Organização de Veteranos ou Medicare
3. Fazer com que o Formulário de Verificação Profissional seja preenchido pelo seu provedor de cuidados de saúde
4. Submeter todos os formulários para cada Autoridade de Transporte Regional que você deseja ter elegibilidade para usar os Serviços de Paratrânsito ADA (uma lista com informações de contato está incluída como Anexo A desta solicitação). A lei federal ADA permite status de visitante de 21 dias para indivíduos aprovados viajarem com outros provedores, no entanto, se você planeja viajar frequentemente em outras regiões, por favor envie este formulário para aquela Autoridade de Transporte Regional para sua aprovação.
5. Uma vez que toda a documentação tenha sido recebida, uma decisão será tomada sobre sua solicitação dentro de 21 dias. Se uma decisão não for tomada dentro de 21 dias, elegibilidade temporária para o serviço de Paratrânsito ADA será fornecida até que uma decisão final seja tomada. Você será notificado de sua elegibilidade por carta. Se você for determinado como elegível para Paratrânsito ADA para algumas ou todas as suas viagens, você receberá uma Carta de Certificação e um Guia do Cliente com informações sobre como usar o serviço.

Processo de Recurso: Se você for determinado como capaz de usar ônibus de rota fixa para algumas ou todas as suas viagens, você será notificado da(s) razão(ões) exata(s) para esta decisão e informado sobre como pode recorrer da decisão. Você pode recorrer de qualquer

decisão de elegibilidade tomada pelo provedor de serviço regional que limite sua capacidade de usar o serviço de Paratrânsito ADA. Por exemplo:

- Você foi considerado "Não Elegível" para Paratrânsito ADA
- Você foi considerado "Condicionalmente Elegível" e discorda das categorias de elegibilidade que lhe foram dadas, ou você acha que o status condicional está errado.

Todas as solicitações de recurso devem ser submetidas por escrito no máximo sessenta (60) dias após o recebimento da determinação. Recursos devem ser enviados por correio para a Autoridade de Transporte Regional que fez a determinação.

Se você tiver alguma pergunta sobre o processo de solicitação, entre em contato com a Autoridade de Transporte Regional em sua área.

Massachusetts Americans with Disabilities Formulário de Solicitação de Paratrânsito

Por favor, note que qualquer informação fornecida nesta solicitação será mantida confidencial e compartilhada apenas com os profissionais envolvidos na prestação do serviço de paratrânsito conforme necessário.

ESTA SOLICITAÇÃO SERÁ ACEITA NAS AUTORIDADES DE TRÂNSITO LISTADAS NO ANEXO A

| | | |
|---|---|--|
| A. Informação Pessoal | | |
| Sobrenome: | Nome: | |
| Data de Nascimento: | Nome Preferido: | |
| B. Residência Atual | | |
| Endereço (incluir informações de edifício, apartamento ou número do quarto): | | |
| Cidade: | Estado: | CEP: |
| Esta residência é: | | |
| <input type="checkbox"/> Casa Unifamiliar | <input type="checkbox"/> Casa Multifamiliar | |
| <input type="checkbox"/> Complexo de Apartamentos ou Condomínio | Nome: | |
| <input type="checkbox"/> Casa de Repouso ou Residência Assistida | Nome: | |
| <input type="checkbox"/> Faculdade ou Universidade | Nome: | |
| Outro: | | |
| Esta é uma residência temporária: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | |
| C. Endereço para Correspondência (caso diferente da residência) | | |
| Endereço (incluir informações de edifício, apartamento ou número do quarto): | | |
| <input type="checkbox"/> (marque aqui se igual ao de cima) | | |
| Cidade: | Estado: | CEP: |
| D. Informações de Contato | | |
| Telefone Principal: | Telefone Alternativo: | |
| Endereço de Email (opcional): | | |
| Método de Comunicação Preferido: | | |
| <input type="radio"/> Telefone | <input type="radio"/> Email | <input type="radio"/> Correio <input type="radio"/> Mensagem de texto (se disponível na RTA) |
| Idioma Preferido: | | |
| E. Contato de Emergência | | |
| Sobrenome: | Nome: | |
| Relacionamento: | Agência (se aplicável): | |
| Telefone Principal: | Telefone Alternativo: | |

F. Se alguém o/a auxiliou a preencher este formulário, forneça as seguintes informações

Sobrenome:

Nome:

Relacionamento:

Agência (se aplicável):

Telefone Principal:

Telefone Alternativo:

Podemos contatar esta pessoa com perguntas sobre sua solicitação? ☐ Sim ☐ Não**G. Informações Gerais Sobre Sua Deficiência**

Por favor, indique abaixo se você precisa de informações do serviço ADA nos seguintes formatos acessíveis:

☐ Letra Grande ☐ Áudio ☐ Braille ☐ Email Outro:Você é certificado para serviços de Paratransito ADA por outro provedor de serviços ou agência de transporte? ☐ Sim ☐ Não

Caso sim Nome do Provedor de Serviço:

Estado:

Por favor, liste os diagnósticos que impedem você de usar o serviço de ônibus de rota fixa:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Explique como o seu diagnóstico o impede de utilizar de forma independente o serviço de autocarro de rota fixa:

A deficiência ou condição relacionada à saúde que você descreve é:

☐ PermanenteSe permanente, o nível de capacidade deve mudar ☐ Sim ☐ Não☐ Temporária

Se temporária, quanto tempo deve durar:

☐ IncertoSua condição de saúde ou deficiência muda de dia para dia de uma forma que afeta sua capacidade de usar o serviço de ônibus de rota fixa? ☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

Caso "Sim" ou "Às vezes", por favor, explique:

Há momentos em que alguém o acompanha quando você viaja?

☐ Sim ☐ Não ☐ Às vezes

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Você usa algum dos seguintes dispositivos quando viaja? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Cadeira de Rodas Manual* | <input type="checkbox"/> | Cadeira de Rodas Motorizada* | <input type="checkbox"/> | Scooter* |
| <input type="checkbox"/> | Andador | <input type="checkbox"/> | Bengala | <input type="checkbox"/> | Bengala Branca Longa |
| <input type="checkbox"/> | Oxigênio | <input type="checkbox"/> | Dispositivo de Comunicação | <input type="checkbox"/> | Muletas |
| <input type="checkbox"/> | Animal de Serviço | <input type="checkbox"/> | Respirador | <input type="checkbox"/> | Outro: |
| <p>*O termo cadeira de rodas refere-se a qualquer dispositivo de três ou mais rodas que seja utilizável em ambientes internos. Poderemos acomodar uma cadeira de rodas se (1) o elevador e o veículo puderem fisicamente acomodá-la e (2) se for consistente com requisitos legítimos de segurança. Requisitos legítimos de segurança incluem, mas não se limitam a, circunstâncias como uma cadeira de rodas de tamanho tal que bloquearia um corredor ou interferiria na evacuação segura de passageiros em uma emergência, e/ou está com excesso de peso quando ocupada para as especificações do veículo.</p> | | | | | |
| H. Experiência com Serviço de Ônibus de Rota Fixa | | | | | |
| Você já andou no ônibus de rota fixa? | | | | | |
| Sim | Com que frequência e para quais locais? | | | | |
| <input type="radio"/> | | | | | |
| | Se não está andando atualmente, por quê? | | | | |
| <p>Alguns provedores têm Treinamento de Viagem, que é um serviço gratuito que ensina pessoas a usar o ônibus de rota fixa. Se isso estiver disponível em sua área, você estaria interessado em receber mais informações? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> | | | | | |
| I. Capacidade Funcional | | | | | |
| Você consegue encontrar o caminho para uma parada de ônibus público se alguém lhe mostrar rumo a vez? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes | | | | | |
| Até que distância você pode caminhar com segurança (usando auxílio de _____ Pés _____ Quarteirões mobilidade se necessário)? | | | | | |
| Você consegue subir/descer uma colina gradual? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes | | | | | |
| Você consegue ver/detectar meio-fios, rampas e outras áreas de desnível? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes | | | | | |
| Por quanto tempo você consegue ficar em pé e esperar em uma parada de ônibus de rota fixa? _____ Minutos | | | | | |
| Você consegue reconhecer e solicitar paradas quando estiver no ônibus? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes | | | | | |
| <p>Você consegue fisicamente entrar e sair de um ônibus de rota fixa? Todos os veículos RTA têm elevadores, rampas ou a capacidade de se abaixar e são acessíveis. <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes</p> <p>Caso "Não" ou "Às vezes", por favor explique:</p> | | | | | |
| <p>Você consegue pedir, entender e seguir direções de viagem? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes</p> <p>Caso "Não" ou "Às vezes", por favor explique:</p> | | | | | |

J. Barreiras

Quais barreiras ambientais tornam difícil para você usar o serviço de ônibus de rota fixa?

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Falta de cortes de meio-fio/rampas | <input type="checkbox"/> Colinas Íngremes | <input type="checkbox"/> Sem calçadas |
| <input type="checkbox"/> Rua movimentada que devo atravessar | <input type="checkbox"/> Sem semáforo/indicador vocal | <input type="checkbox"/> Calçadas em más condições |
| <input type="checkbox"/> Neve/Gelo no chão | <input type="checkbox"/> Outro (descreva): | |

Explique por que as condições que você indicou tornam difícil:

K. Reconhecimento do Requerente

Ao assinar abaixo, você certifica que as informações enviadas nesta solicitação são verdadeiras ao melhor do seu conhecimento.

Assinatura do Requerente:

Data:

Se um requerente não puder assinar seu nome, o responsável legal deve assinar em seu nome:

Assinatura do Responsável Legal:

Data:

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Para que uma RTA avalie sua solicitação, será necessário contatar um profissional médico/clínico para confirmar as informações que você forneceu. Por favor, complete as seguintes informações e formulário de autorização.

O seguinte Profissional de Saúde Licenciado está familiarizado com minha deficiência e está autorizado a fornecer à RTA todas as informações necessárias para completar esta

| Informações do Profissional Licenciado | | |
|---|--|--|
| Nome: | | Agência/Instalação: |
| Endereço para Correspondência: | | |
| Cidade: | Estado: | CEP: |
| Certificação Profissional: | | |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Especialista | <input type="checkbox"/> Assistente Médico |
| <input type="checkbox"/> Outro: | | |
| Por meio deste documento, autorizo o profissional listado acima a liberar qualquer informação necessária para determinar a elegibilidade para Paratrânsito para: (Digite o Nome do RTA) | | |
| Assinatura do Requerente: | | Data: |
| Nome por Extenso: | | |

SOLICITAÇÃO DE VERIFICAÇÃO PROFISSIONAL

O paciente indicou que você poderia fornecer informações sobre sua deficiência e seu impacto na capacidade de utilizar serviços de transporte público. A lei federal exige que as Autoridades de Transporte Regional forneçam serviços de paratransito para pessoas que não podem usar os serviços de ônibus de rota fixa acessíveis disponíveis. (Serviços de rota fixa são serviços de transporte onde os veículos funcionam em rotas regulares e programadas com paradas fixas. Por exemplo, um ônibus da cidade que sempre percorre a mesma rota faz parte do sistema de rota fixa.) Por favor, tenha em mente que qualquer condição que torne viajar para ou de um local de embarque/desembarque ou andar em um sistema de rota fixa mais difícil ou menos confortável, não são razões para elegibilidade de paratransito. As informações que você fornecer nos permitirão avaliar a solicitação e sua aplicação a solicitações específicas de viagem.

Nome do Requerente/Paciente: _____ Data de nascimento: _____

| Informações Sobre as Capacidades Funcionais do Requerente | |
|---|--|
| Diagnóstico médico/clínico da condição causadora da deficiência: | |
| Explique como as deficiências ou condições relacionadas à saúde do requerente poderiam impedi-lo de usar independentemente o serviço de ônibus de rota fixa: | |
| A deficiência ou condição relacionada à saúde é: | |
| Permanente <input type="checkbox"/> | Se permanente, espera-se que mude: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| Temporária <input type="checkbox"/> | Quanto tempo deve durar: |
| Incerto <input type="checkbox"/> | |
| A condição de saúde ou deficiência muda de dia para dia de uma forma que afeta a capacidade de usar o serviço de ônibus público? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes | |
| Caso "Sim" ou "Às vezes", por favor explique (por exemplo: temperaturas extremas, efeitos colaterais de medicamentos, etc.): | |
| O requerente requer um Assistente de Cuidados Pessoais para completar tarefas diárias? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Às vezes | |
| Certifico que completei as perguntas neste Formulário de Verificação Profissional e que as informações fornecidas estão corretas ao melhor do meu conhecimento. | |
| Assinatura do Provedor de Cuidados de Saúde: | |
| Nome por extenso: | Data: |
| Número da Licença: | Data de Expiração: |

Attachment A

Locate the Regional Transit Authority provider to send your paperwork to below. The Towns served in each region are listed with their contact information.

| | |
|---|---|
| <p>Berkshire Regional Transit Authority (BRTA): <i>Adams, Alford, Becket, Cheshire, Clarksburg, Dalton, Egremont, Florida, Great Barrington, Hancock, Hinsdale, Lanesborough, Lee, Lenox, Monterey, Mount Washington, New Ashford, New Marlborough, North Adams, Otis, Peru, Pittsfield, Richmond, Savoy, Sheffield, Stockbridge, Washington, West Stockbridge, Williamstown, and Windsor</i></p> <p>1 Columbus Avenue, Suite 201 Pittsfield, MA 01201 (413) 499-2782 ext. 4 ADAinfo@berkshirerta.com</p> | <p>Brockton Area Transit (BAT): <i>Abington, Avon, Bridgewater, Brockton, East Bridgewater, Easton, Hanson, Rockland, Stoughton, West Bridgewater, Whitman</i></p> <p>155 Court Street Brockton, MA 02302 (508)588-1000 Info@ridebat.com</p> |
| <p>Cape Ann Transportation Authority (CATA): <i>Essex, Gloucester, Hamilton, Ipswich, Rockport</i></p> <p>3 Pond Road Gloucester, MA 01930 (978)283-1886 Jackie@canntan.com</p> | <p>Cape Cod Regional Transit Authority (CCRTA): <i>Barnstable, Bourne, Brewster, Chatham, Dennis, Eastham, Falmouth, Harwich, Mashpee, Orleans, Provincetown, Sandwich, Truro, Wellfleet, Yarmouth</i></p> <p>PO Box 1988 Hyannis, MA 02601 (508)775-8504</p> |
| <p>Franklin Regional Transit Authority (FRTA): <i>Ashfield, Bernardston, Blandford, Buckland, Charlemont, Chester, Chesterfield, Colrain, Conway, Cummington, Deerfield, Erving, Gill, Greenfield, Goshen, Granville, Hatfield, Hawley, Heath, Huntington, Leyden, Middlefield, Montague, Montgomery, New Salem, Northfield, Orange, Petersham, Phillipston, Rowe, Russel, Shelburne, Shutesbury, Southampton, Southwick, Tolland, Warwick, Wendell, Westhampton, Whately, Worthington</i></p> <p>12 Olive St, Suite 1 Greenfield, MA 01301 (413)774-2262 ada@frta.org</p> | <p>Greater Attleboro Taunton Regional Transit Authority (GATRA): <i>Attleboro, Bellingham, Berkley, Carver, Dighton, Duxbury, Franklin, Foxborough, Halifax, Hanover, Kingston, Lakeville, Mansfield, Marshfield, Medway, Middleborough, Norfolk, North Attleboro, Norton, Pembroke, Plainville, Plymouth, Raynham, Rehoboth, Scituate, Seekonk, Wareham, and Wrentham</i></p> <p>10 Oak Street, 2nd Floor Taunton, MA 02780 (800) 483-2500 mjoyce@gatra.org</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Lowell Regional Transit Authority (LRTA) <i>Acton, Billerica, Carlisle, Chelmsford, Dracut, Dunstable, Groton, Lowell, Maynard, Pepperell, Tewksbury, Townsend, Tyngsborough, and Westford</i></p> <p>100 Hale Street - Office of Eligibility Lowell, MA 01851 (978) 452-6161 ext. 204 transportationaccess@lrta.com</p> | <p>Martha's Vineyard Transit Authority (VTA): <i>Aquinnah, Chilmark, Edgartown, Oak Bluffs, Tisbury and West Tisbury</i></p> <p>11 A Street Edgartown, MA 02539 (508) 693-9440 #1 ada@vineyardtransit.com</p> |
| <p>Merrimack Valley Regional Transit Authority (MEVA): <i>Amesbury, Andover, Boxford, Georgetown, Groveland, Haverhill, Lawrence, Merrimac, Methuen, Newbury, Newburyport, North Andover, North Reading, Rowley, Salisbury, and West Newbury</i></p> <p>85 Railroad Avenue Haverhill, MA 01835 (978) 469-6878 - Option #3 LWorcester@MeVaTransit.com</p> | <p>MetroWest Regional Transit Authority (MWRTA): <i>Ashland, Dover, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hopedale, Hudson, Marlborough, Milford, Natick, Sherborn, Southborough, Sudbury, Wayland, Wellesley, and Weston</i></p> <p>15 Blandin Avenue Framingham, MA 01702 (508) 820-4650 info@mwrtta.com</p> |
| <p>Montachusett Regional Transit Authority (MART): <i>Ashburnham, Ashby, Athol, Ayer, Barre, Bolton, Boxboro, Fitchburg, Gardner, Hardwick, Harvard, Hubbardston, Lancaster, Leominster, Littleton, Lunenburg, Phillipston, Royalston, Shirley, Sterling, Stow, Templeton, Townsend, Westminster, and Winchendon</i></p> <p>1427R Water Street Fitchburg, MA 01420 (978) 345-7711 ada@mrta.us</p> | <p>Nantucket Regional Transit Authority (NRTA): <i>Nantucket</i></p> <p>20R S. Water Street Nantucket, MA 02554 (508)325-9571</p> |
| <p>Pioneer Valley Regional Transit Authority (PVTA): <i>Agawam, Amherst, Belchertown, Chicopee, East Longmeadow, Easthampton, Granby, Hadley, Hampden, Holyoke, Leverett, Longmeadow, Ludlow, Northampton, Palmer, Pelham, South Hadley, Springfield, Sunderland, Ware, West Springfield, Westfield, Wilbraham, and Williamsburg</i></p> <p>2808 Main Street Springfield, MA 01107 (413) 732-6248 ext. 2214 iris@pvta.com</p> | <p>Southeastern Regional Transit Authority (SRTA): <i>Acushnet, Dartmouth, Fairhaven, Fall River, Freetown, Mattapoisett, New Bedford, Somerset, Swansea, and Westport</i></p> <p>700 Pleasant St, STE 530 New Bedford, MA 02740 Phone: (508) 997-6767 Fax: (508) 993-9196 Email: info@srtabus.com</p> |

Worcester Regional Transit Authority (WRTA):

*Auburn, Barre, Berlin, Boylston, Brimfield,
Brookfield, Charlton, Clinton, Douglas, Dudley, East
Brookfield, Grafton, Holden, Holland, Leicester,
Millbury, New Braintree, Northborough,
Northbridge, North Brookfield, Oakham, Oxford,
Paxton, Princeton, Rutland, Shrewsbury,
Southbridge, Spencer, Sturbridge, Sutton, Wales,
Warren, Webster, Westborough, West Boylston,
West Brookfield, Worcester,*

60 Foster Street, Worcester, MA 01608

(508)791-9782

Cfeedback@therta.com