Uma imagem contendo texto, clipart

Descrição gerada automaticamenteaplicación DE DEMAND-RESPONSE

Estimado solicitante de Demand-Response de la Autoridad Regional de Tránsito del Sureste (SRTA),

Las personas con discapacidades pueden ser elegibles para utilizar los autobuses de “demand-response”[[1]](#footnote-2) de SRTA si cumplen con los siguientes requisitos:

* Si la discapacidad de la persona le impide llegar y salir de la estación o parada fija de autobús de su punto de partida o la de su punto de destino.
* Si la discapacidad de la persona le impide abordar, viajar o bajarse de un autobús de ruta fija en la estación o parada, aun con la ayuda de la rampa de ascensor.
* Si la discapacidad de la persona le impide reconocer el punto o parada para abordar o bajarse de el autobús de ruta fija una vez que está en el vehículo.
* Si la discapacidad de la persona le impide realizar transbordos o conexiones, si las hubiera, en la ruta de viaje que desea tomar.

Las barreras arquitectónicas o ambientales que no están bajo del control de SRTA (como por ejemplo, distancia, irregularidad en el terreno, falta de cortes de bordillos, clima), por sí solas, no forman una base para la elegibilidad del servicio. Es la interacción de tales barreras con la discapacidad específica de la persona la que puede crear la base para la elegibilidad del servicio si, el efecto de esta realacion evita que el individuo viaje a un punto de salida o desde su punto de destino.

SRTA determinara su elegibilidad dentro de los 21 días posteriores al recibo de la solicitud debidamente completada. SRTA le notificará por escrito la decisión sobre su elegibilidad para el servicio de “demand-response” (ADA paratransit). Si se determina que usted puede utilizar el sistema de ruta fija y no es elegible para el servicio de “demand-response”, SRTA explicará la razón de dicha determinación. El aplicante tendrá la oportunidad de apelar esta decisión. El proceso de apelación se describirá en detalle en la carta de denegación.

Si su solicitud es aprobada, recibirá información sobre cómo utilizar el servicio apropiado. Si SRTA lo considera como "discapacitado temporalmente", se le otorgará la elegibilidad temporal, que puede renovarse (si es necesario, dependiendo de su situación médica). Su elegibilidad sera reevaluada periódicamente por nuestra oficina.

Evaluación de su elegibilidad para los servicios

Si está solicitando ADA Paratransit, favor completar la Solicitud de ADA Paratransit adjunta. Para ser elegible para este servicio, su punto de partida y destino deben estar dentro de 3/4 de milla de nuestro corredor de ruta fija y la hora de su viaje debe estar dentro de las horas de la ruta de autobús SRTA más cercana. Si no vive dentro del radio de 3/4 de milla, es posible que pueda reservar un viaje con SRTA si hay espacio disponible en el servicio al momento de realizar la solicitud. Los viajes fuera de un radio de 3/4 de milla y / o de las horas de operación para la ruta fija más cercana no son viajes ADA y no están garantizados. SRTA se esfuerza por acomodar todas las solicitudes de viaje que no son de ADA para clientes certificados por ADA, siempre y cuando no produzca conflicto en la capacidad o cupos para el servicio de ADA.

Por favor, complete su solicitud lo más detalladamente posible. Sus respuestas nos ayudan a determinar las limitaciones específicas que usted tiene al usar nuestro servicio. Es posible que programemos una llamada o cita en persona, si tenemos preguntas al revisar su solicitud. Si hay una necesidad de una entrevista en persona, SRTA proporcionará transporte gratuito hacia y desde nuestras oficinas para el solicitante y cualquier cuidador o asistente de cuidado personal que necesite asistir.

La parte de Verificación Médica Profesional de su solicitud debera ser completada por un profecional Medico con licencia (no un pariente o amigo) que lo atiende regularmente de manera profecional . Esta persona puede ser una enfermera registrada, su trabajador social, su médico, su fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, quiropráctico, patólogo del habla, asistente médico, enfermera practicante o consejero de salud mental empleado por un centro médico. Póngase en contacto con nuestra oficina si necesita ayuda para completar su solicitud. Las solicitudes incompletas serán devueltas y no consideradas hasta que se reciba toda la información (incluida la Verificación Médica Profesional).

Todas las solicitudes y verificaciones se mantendrán estrictamente confidenciales y no se divulgarán. SRTA se reserva el derecho de verificar la información reportada en la solicitud poniéndose en contacto con las personas indicadas en el formulario. Por favor, devuelva su solicitud completa a:

Southeastern Regional Transit Authority   
700 Pleasant Street, Suite 530   
New Bedford, MA 02740

Si tiene preguntas, puede comunicarse con SRTA al (508) 999-5211 o [info@srtabus.com](mailto:info@srtabus.com). Más información también está en el sitio web de SRTA, [www.srtabus.com](http://www.srtabus.com).

Toda la información relacionada con el programa de paratránsito SRTA ADA está disponible (a pedido) en otros formatos, audio, braille y formatos de letra grande. Póngase en contacto con SRTA utilizando la información anterior si tiene preguntas sobre cómo acceder a esta información en otro formato.

APLICACIÓN SRTA ADA PARATRANSIT

Información sobre discapacidad

Esta solicitud se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para el servicio de paratránsito ADA de SRTA. El transporte en este servicio es principalmente de acera a acera; sin embargo, si es necesario, se pueden hacer arreglos para el servicio de puerta a puerta. Por favor, complete esta solicitud lo mejor que pueda. El servicio de paratránsito ADA de SRTA es para personas con discapacidades que viajan dentro de 3/4 de milla de nuestro corredor de ruta fija y no pueden navegar o acceder a nuestro servicio de ruta fija debido a su discapacidad. El paratránsito de ADA se proporciona desde su punto de patida hasta su destino y está disponible solo cuando operan nuestros autobuses regulares de ruta fija. El hecho de que acceder a una ruta fija le sea difícil o inconveniente, o que el autobús de ruta fija no viaje cerca de su origen o destino no es motivo suficiente para su elegibilidad. El paratránsito de ADA está disponible al "día siguiente" y cuesta el doble de la tarifa base para adultos del autobús de ruta fija de SRTA.

**Todas las preguntas deben ser respondidas para que la solicitud se considere completa. Por favor, imprima o escriba.**

**Apellido: Nombre: Inicial del medio: \_\_\_**

**Dirección: Apto.**

**Dirección postal: (si es diferente)**

**Ciudad o pueblo: Código postal:**

**Teléfono residencial:**   **Telefono Celular:**

**Fecha de nacimiento:**

**Por favor, danos el nombre y el número de teléfono de alguien a quien podamos llamar en caso de emergencia.**

**Nombre: Relación con usted: \_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de la casa: Teléfono celular:**

**Si esta solicitud está siendo llenada por alguien que no sea la persona que solicita la certificación, complete lo siguiente.**

**Nombre: Relacion con Usted:**

**Teléfono de casa: Telefono Celular:**

**Firma: Fecha:**

**Lea las siguientes descriciones y circule la que mejor describa su capacidad/abilidad para usar el servicio de autobús de ruta fija SRTA por sí mismo (circule solo una).**

1. No creo que pueda viajar en autobús de forma independiente por mi mismo
2. Realmente no estoy seguro de si puedo viajar en el autobús
3. Podria viajar en autobus algunas veces, si las condiciones son las adecuadas.
4. Uso el autobús con frecuencia

Información sobre su discapacidad y equipo de movilidad

1. **Por favor, elija qué tipo o tipos de discapacidades le impiden utilizar autobuses de ruta fija:** *(marque todos los que correspondan)*

Discapacidad física Discapacidad mental \_\_\_\_\_\_\_ Discapacidad visual \_\_\_\_\_\_\_\_

Ceguera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Discapacidad intelectual \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Describa su discapacidad y explique en detalle cómo le impide usar los autobuses de ruta fija de SRTA algunas veces o todo el tiempo.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Es esta condición permanente**  \_\_\_\_\_ o temporal \_\_\_\_\_\_? Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que dure su condición?

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Hay otros aspectos de su discapacidad que necesitamos conocer?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Indique si utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad: (marque todos los que correspondan)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Baston |  | Silla de Ruedas electrica |
|  | Muletas |  | Scooter Motorizado |
|  | Andador |  | Silla de Ruedas Manual |
|  | Armazon Ortopedico de Pierna |  | Baston largo para no videntes |
|  | Protesis |  | Animal de Servicio |
|  | Oxigeno Portatil |  | Otro (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | No uso ninguno de los anteriores |  |  |

1. **Si usa una silla de ruedas o scooter manual o motorizado, ¿tiene más de 31 pulgadas de ancho, más de 45 pulgadas de largo o el peso combinado de la persona y la silla pesa más de 800 libras?**

Sí No \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información sobre su uso actual del servicio de autobús de ruta fija SRTA

1. **¿Utiliza actualmente autobuses de ruta fija SRTA? Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **¿Cuándo fue la última vez que utilizó autobuses de ruta fija SRTA?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **¿Qué ruta(s) de autobús sirven a tu vecindario y cuál es la parada de autobús más cercana? Indique el nombre y la ubicación de la ruta (por ejemplo, Ruta 10 Dartmouth en Hawthorn Medical Center). Puedes llamar al servicio al cliente de SRTA al (508) 999-5211 para obtener información sobre las rutas y paradas de autobús de tu vecindario.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Puedes llegar a la parada de autobus por ti mismo?** (marque uno)

A veces \_\_\_\_\_\_ No estoy seguro \_\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

Y si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información sobre sus habilidades funcionales

Sus respuestas a las preguntas de esta sección nos ayudarán a comprender mejor su capacidad funcional en áreas específicas. Para cada pregunta circule una respuesta. Su respuesta debe basarse en cómo se siente la mayoria de las veces en circunstancias normales, y si puede realizar esta actividad de forma independiente.

**¿Eres capaz de:**

**1. ¿Subir y bajar tres escalones si hay pasamanos?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**2. ¿Usar el teléfono para obtener información?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**3. ¿Viajar una cuadra nivelada por la acera si el clima es bueno?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**3a. Si puedes recorrer una cuadra de nivel por la acera con buen tiempo, ¿cuánto tiempo te lleva hacerlo?**

Menos de cinco minutos De cinco a diez minutos

No estoy seguro no pueda hacer esto

**4. ¿Cruzar la calle si hay cortes de acceso en la acera?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**5. ¿Sube y baja por un elevador para sillas de ruedas con pasamanos a ambos lados?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**6. Cuando hace buen tiempo, ¿recorrer tres cuadras de nivel por la acera?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**6a. Si puedes recorrer tres cuadras de nivel en la acera con buen tiempo, ¿cuánto tiempo te lleva?**

Menos de cinco minutos Cinco a diez minutos No estoy seguro no puedo hacer esto

**7. ¿Puede esperar 15 minutos en una parada de autobús que no tiene asiento ni techo?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**8. ¿Subir o bajar una colina gradual por la acera, si el clima es bueno?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**9. ¿Encuentras por ti mismo el camino a la parada de autobús?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**10. ¿Actualmente puedes viajar solo?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**11. Si necesita ayuda de otra persona, como un asistente de cuidado personal (PCA), ¿cómo lo ayudan?**

**12. ¿Qué barreras en su entorno le dificultan el uso del autobús de ruta fija?***(circule todas las que aplican)*

Falta de cortes en las aceras No hay aceras Colinas inclinadas

Debo cruzar calles congestionadas Aceras dañada (por eje,plo, con agujeros)

Otros:

Consideraciones relacionadasa con el clima

**1. ¿El clima afecta su capacidad para usar el autobús de ruta fija SRTA?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Si respondió afirmativamente, explique cómo el clima le afecta:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_ No puedo viajar a través de la nieve profunda o cuando hay hielo

\_\_\_\_\_\_ No puedo viajar de noche debido a la ceguera nocturna

\_\_\_\_\_\_ El clima muy frío es peligroso para mi salud

\_\_\_\_\_\_ El clima muy caluroso es peligroso para mi salud

\_\_\_\_\_\_ La alta contaminacion ambiental (por ejemplo, humo) es peligrosa para mi salud

\_\_\_\_\_\_Otra (especifique a continuación):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El entorno alrededor de su hogar

1. **¿Cuántos escalones hay en la entrada de su casa?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **¿Puede llegar a un vehículo SRTA sin la ayuda de otra persona en su casa?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Si no, ¿por qué?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cómo describirías el terreno de donde vives?** (por ejemplo, colina empinada, plana, colina gradual)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Hay aceras en su vecindario?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Necesitó ayuda de otra persona para completar este formulario?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6a.** **En caso afirmativo, ¿cómo le ayudó esa persona?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Revise el cuestionario para asegurarse de que respondió a todas las preguntas lo mejor que pudo.**

Por la presente, entiendo que para ser elegible para usar el servicio de paratránsito ADA de SRTA, debo tener una discapacidad que me haga impida de usar el servicio de ruta fija de SRTA. Acepto que si alguna de la información proporcionada a SRTA es falsa o no cierta, SRTA tendra el derecho de reconsiderar mi elegibilidad para los servicios de paratránsito de ADA. Certifico que la información anterior es correcta. Entiendo que SRTA puede comunicarse con el profesional de la salud que ha completado la Verificación Médica Profesional adjunta a esta solicitud para confirmar la información incluida en esta solicitud.

**Firmado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

APLICACIÓN SRTA ADA PARATRANSIT

Verificación Médica Profesional

**AVISO IMPORTANTE**: La información que proporciona en este formulario ayuda a SRTA a determinar la capacidad funcional y cognitiva de su paciente para usar el transporte público, y bajo qué circunstancia puede usar el sistema de autobuses. Todos los vehículos SRTA tienen un elevador para sillas de ruedas para las personas que usan una silla de ruedas o no pueden subir escaleras. Es esencial que sea lo más preciso posible en su evaluación. Toda la información en este formulario se mantendrá estrictamente confidencial y no se divulgará. Gracias por su ayuda.

Si tiene alguna pregunta o desea devolver este formulario por fax, comuníquese con SRTA al [info@srtabus.com](mailto:info@srtabus.com) o al (508) 999-5211.

Formulario de verificación

**Nombre de la persona que solicita la elegibilidad para el paratránsito de SRTA ADA:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre del profesional de la salud que completa este formulario:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿A que grado conoce usted al solicitante?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿ Por cuánto tiempo ha conocido al solicitante?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **¿Cuándo fue su último contacto directo con el solicitante?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **¿Cuál es el diagnóstico del solicitante?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **¿El solicitante está tomando medicamentos?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **¿Considera usted que el solicitante cumple con tomar sus medicamentos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
6. **¿El medicamento afecta la capacidad funcional del solicitante para viajar de forma independiente?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En caso afirmativo, ¿cómo?** (por ejemplo, somnolencia, confusión) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿La discapacidad del individuo es la misma todos los días?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **En caso negativo, sírvase responder lo siguiente:**

**¿Cómo seria un "buen día" para el paciente?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cómo seria un "mal día"?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuántos días "buenos" / "malos" ha tenido el individuo en el último mes?**

Día(s) 'buenos' Día(s) 'malos'

**¿Hay algo que desencadene o provoque el día "malo"?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No

Explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Alguno de los siguientes se ve afectado por la discapacidad del individuo?**  
   *(marque todo lo que corresponda)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Desorientacion |  | Concentracion |  | Comunicacion |  |
|  | Resolucion de Problemas |  | Equilibrio o Marcha |  | Rendimiento Inconcistente |  |
|  | Memoria a Corto Plazo |  | Tiempo de Monitoreo |  | Capacdad de Afrontar |  |
|  | Memoria a Lago Plazo  Otro: \_ |  | Juicio |  | Comportamiento Socia Inapropiado |  |

1. **Por favor, explique cómo lo anterior interfiere con la capacidad del solicitante de tener un viaje seguro:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿El solicitante demuestra un comportamiento social inapropiado?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Describa cómo la discapacidad del solicitante afecta su capacidad para completar las siguientes tareas de viaje:**

Viajar solo afuera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Salir de casa a tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Buscar y actuar según instrucciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

Encontrar el camino hacia/desde una parada de autobús \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cruzar las calles \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esperar el bus \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abordar el bus correcto \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Viajar en el bus \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transferirse a un segundo bus \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mnitorear el tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Sería apropiado el entrenamiento de movilidad para este individuo?** Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_

Si no, ¿por qué? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

**Firma: Titulo:**

**Imprimir o Escribir Nombre :**

**Imprimir o Escribir Titulo:**

**Agencia u oficina:**

**Dirección:**

**Número de teléfono:**

**Fecha:**

1. Los autobuses de demand-response de SRTA se consideran paratransit complementario para los autobuses de ruta fija de SRTA, y a veces se llaman "paratransit ADA", donde ADA se refiere a la Ley de Americans with Disabilities Act de 1990. [↑](#footnote-ref-2)