

# MADERA DIAL-A-RIDE

## APLICACIÓN PARA ELEGIBILIDAD DE ADA PARATRANSITO

Esta aplicación será usada para determinar si usted es elegible para recibir servicios de prioridad en Madera Dial-A-Ride (DAR) bajo el Acto de Americanos con Incapacidades (ADA). DAR sirve al publico general con énfasis a señiors (ancianos) y pasajeros incapacitados.

Si usted tiene una incapacidad que le impide independientemente de usar los servicios de la ruta-fija, como MAX, por favor de llenar esta forma. Esta aplicación puede ser escrita por usted, un familiar o amigo. Es importante que conteste todas las preguntas en esta forma. Evaluación de su petición no puede comenzar hasta recibir la forma llenada por completo. Por favor anote que una declaración de doctor no es requerida, pero podemos contactar a un profesional licenciado para verificación. Por favor de regresar su aplicación a:

Ciudad de Madera  
División de Transito  
205 W. 4th Street  
Madera, CA 93637

Toda la información obtenida por medio de este proceso de certificación se mantendrá confidencial. Por favor llame al personal del DAR al (559) 661-7433 si tiene cualquier pregunta o si necesita un formato alternativo.

Tendrá una respuesta dentro de 21 días después de recibir su forma. Los pasajeros calificados recibirán una tarjeta de elegibilidad de ADA Paratransito. Elegibilidad negada puede ser apelada contactando a la Ciudad de Madera, División del Transito (559) 661-3689.

# MADERA DIAL-A-RIDE

205 W. 4th Street, Madera, CA 93637 - Teléfono: (559) 661-7433

FOR OFFICE USE ONLY Received: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Issued: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Expires: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ By: \_\_\_\_\_  
Denied: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Notice Sent: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Appeal Rec'd: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Primer nombre Segundo Apellido Mes Día Año

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

TELÉFONO: (Día) \_\_\_\_\_ (Noche) \_\_\_\_\_ TDD? Si \_\_\_ No \_\_\_

Describa en sus propias palabras la incapacidad que le **impide** el uso de ruta fija - servicio del autobús, y como le impide. (Si es necesario, use hoja extra): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Esta condición es temporal? Si su respuesta es si, hasta que fecha (vencimiento): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por favor marque los moblajes de ayuda que usted use:

- Silla de Ruedas Manual  Silla Motorizada  Motoneta Motorizada  Servicio de Animal  
 Bastón  Muletas  Andador  Oxígeno  
 Otro (por favor explique) \_\_\_\_\_

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Qué tan lejos puede viajar sin la asistencia de otra persona? \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ cuerdas
- ¿Puede subir un escalón de 12 pulgadas sin la asistencia de otra persona? Si \_\_\_ No \_\_\_ Algunas veces \_\_\_  
Si es no o algunas veces, explique \_\_\_\_\_
- ¿Puede esperar en la parada del autobús sin ninguna ayuda por 10 minutos? Si \_\_\_ No \_\_\_ Algunas veces \_\_\_  
Si es no o algunas veces, explique \_\_\_\_\_
- ¿Su incapacidad es afectada por la temperatura o el clima? Si \_\_\_ No \_\_\_ Algunas veces \_\_\_  
Si es no o algunas veces, explique \_\_\_\_\_
- ¿Necesita un acompañante o asistente para que le ayude con su viaje o propósito de viajar? Si \_\_\_ No \_\_\_ Algunas veces \_\_\_  
Si es no o algunas veces, explique \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna dificultad en entender como se usa el autobús o como encontrar la parada del autobús?  
Si \_\_\_ No \_\_\_ Algunas veces \_\_\_  
Si es no o algunas veces, explique \_\_\_\_\_

---

Puede que sea necesario contactar a un médico u otro profesional licenciado para verificar la información requerida. Por favor provee la siguiente información y firme la forma dando su autorización (escoja de lo siguiente):

Medico     Profesional de Cuidado de la Salud     Profesional de Rehabilitación     Otro\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad                                  Estado                                  Código postal

Teléfono: \_\_\_\_\_

***Por este medio certifico que la información proveída en esta aplicación es correcta, y estoy de acuerdo que esta información se comparta con Madera Dial-A-Ride para el propósito de certificar la elegibilidad.***

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

Si asistencia fue suministrada para llenar esta forma, por favor indique el nombre de la persona:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Día) \_\_\_\_\_ (Noche) \_\_\_\_\_

¿Quién puede ser contactado/a directamente si se requiere información adicional? \_\_\_\_\_