



Servicios de tránsito de la ciudad de Madera

1951 Independence Drive, Madera, Ca. 93637

Solicitud de paratransito / formulario de certificación ADA

Querido solicitante:

Los Servicios de Tránsito de la Ciudad de Madera brindan un Servicio de Paratransito de la ADA para pasajeros discapacitados denominado Dial-A-Ride (DAR) / Servicios de Paratransito de la ADA. El criterio de elegibilidad para este programa es un mandato de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y se utilizará para determinar si es elegible para los servicios prioritarios a través del DAR.

Para comenzar el proceso de elegibilidad, complete la solicitud incluida y devuélvala al Centro de Tránsito de Madera.

Servicios de tránsito de la ciudad de Madera

**Centro de tránsito de Madera
1951 Independence Drive
Madera, Ca. 93637**

También puede enviar su solicitud por correo electrónico directamente a transitinfo@madera.gov. Cuando envíe por correo electrónico, incluya su nombre y "Solicitud de paratransito / Certificación ADA" en la barra de asunto. Si la solicitud debe estar escrita a mano, asegúrese de que toda la información sea elegible. Si se necesita ayuda, esta solicitud puede ser completada por otra persona que no sea el solicitante.

Madera Transit Services le notificará si su solicitud es aprobada dentro de los 21 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si se aprueba, se le emitirá una carta de elegibilidad y el tránsito se comunicará con usted para programar una cita para que se tome una foto de identificación con foto como parte de la tarjeta de elegibilidad de ADA Paratransit. Para su conveniencia, Transit puede organizar la cita fotográfica y su ubicación preferida dentro del Área de servicio del DAR.

Por cualquier motivo, si se espera que el estado de su elegibilidad dure más que el mínimo de 21 días, se le otorgará una presunta elegibilidad a partir del día 22.^{Dakota del Norte} día y continuando hasta que se pueda proporcionar una determinación oficial y una notificación por escrito. Presunto

la elegibilidad le permite usar temporalmente el Servicio de Paratrásito de DAR / ADA hasta que su solicitud haya sido confirmada.

Los solicitantes calificados recibirán una tarjeta de elegibilidad de paratrásito de DAR / ADA con una fecha de vencimiento de tres años. Los solicitantes que se consideren no elegibles recibirán una carta de denegación con detalles del motivo. Tenga en cuenta que, como parte del proceso de solicitud, se requiere la firma de un médico, ya que su médico o profesional de la salud debe completar una parte. Toda la información solicitada a través de este proceso de certificación se mantendrá confidencial. Si tiene alguna pregunta o si necesita un formato alternativo, llame al personal de Madera Transit al (559) 661-RIDE (7433),

La información inexacta o incompleta en la solicitud, el hecho de no proporcionar la identificación requerida o la imposibilidad de verificar la certificación del profesional con licencia pueden resultar en la imposibilidad de emitir la Tarjeta de Elegibilidad de Paratrásito de Madera Dial-A-Ride / ADA dentro de los 21 días.

Pecado



Da

Departamento de Subvenciones de la Ciudad de Madera - Gerente del Programa de Tránsito



Servicios de tránsito de la ciudad de Madera

Dial-A-Ride (DAR)

Solicitud de paratransito / formulario de certificación ADA

Centro de tránsito de Madera
1951 Independence Drive
Madera, Ca. 93637

Nombre: _____ Fecha de cumpleaños: / ____ / ____
Día Año Primero Medio Último Mes

Dirección: _____
calle Ciudad

Estado Cremallera

Dirección postal (si es diferente a la anterior) _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo _____

Correo electrónico: _____

¿Necesita que la información futura se proporcione en un formato alternativo? sí No

En caso afirmativo, por favor especifique. Letra grande Cinta de audio Braille TTY / TDD

¿Puede ir y venir de forma independiente a una parada regular de ruta fija del Metro de Madera?
 sí No

¿Puede subir y bajar de forma independiente de un vehículo de tránsito de Madera Metro sin ayuda?
 sí No

¿Está restringido a una silla de ruedas? sí No En caso afirmativo, ¿está motorizado? sí No

¿Utiliza un dispositivo de movilidad como un bastón o un andador? sí No

¿Viajará con un asistente de cuidado personal? sí No

¿Viajarás con un acompañante? sí No

¿Viajará con un animal de servicio? sí No

¿Qué tipo de transporte utiliza actualmente?

- Conducir por cuenta propia / auto
- privado Madera Metro Ruta fija
- Caminata

- Amigo / Miembro de la familia
- Impuesto
- Otro _____

¿Tiene alguna dificultad para entender cómo usar o navegar a través del sistema del Servicio de Tránsito de la Ciudad? sí No

¿Puedes subir escalones sin la ayuda de otro? sí No

Proporcione un contacto de emergencia.

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Código postal _____

Número de teléfono _____

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la denegación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y que solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito se divulgará a quienes presten los servicios. Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas y procedimientos del Programa Dial-A-Ride de Servicios de Tránsito de la Ciudad de Madera.

Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis habilidades funcionales para usar el transporte público a fin de ayudar en la determinación de elegibilidad.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Por la presente autorizo al siguiente profesional con licencia (médico, terapeuta, trabajador social, etc.) que puede verificar mi discapacidad o condición relacionada con la salud, a divulgar esta información a mi agencia de transporte público local. Esta información se utilizará únicamente para verificar mi elegibilidad para los servicios de paratransito. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre del profesional autorizado que puede divulgar mi información médica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: () ____ - _____

DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD ADA DEL PROFESIONAL CON LICENCIA

Escriba el nombre del solicitante en letra de imprenta: _____

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 requiere que el Operador de Tránsito Local brinde servicios de Paratransito a las personas que, debido a su condición médica o impedimento, no pueden usar autobuses de ruta fija. Es posible que el estado económico y las condiciones ambientales no se consideren factores "médicos" en la evaluación de la elegibilidad para el paratransito. La información que se le solicita en las siguientes secciones se utilizará para determinar la elegibilidad de los solicitantes para la ADA. Es importante que todas las preguntas se respondan de manera completa y precisa según su leal saber y entender y de acuerdo con sus registros. Si la información está incompleta o no es clara, es posible que debamos comunicarnos con usted para obtener una aclaración. Gracias por su cooperación.

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES:

Médico Quiropráctico Proveedor de atención sanitaria Fisioterapeuta

Consejero de rehabilitación Otro profesional con licencia _____

¿La discapacidad del solicitante es permanente?

() Sí

() NO

Si NO, ¿CUÁNTO TIEMPO espera que dure la discapacidad? _____

NOTA: Si una discapacidad es temporal, debe durar al menos 90 días para ser elegible para los Servicios de Paratransito de la ADA.

Proporcione un diagnóstico médico formal para describir las deficiencias primarias o las condiciones de discapacidad del solicitante: (NOTA: SIN ESTE DIAGNÓSTICO, SE NEGARÁ LA CERTIFICACIÓN)

Nombre del
profesional de la licencia en letra de imprenta

Número de
licencia del profesional de la licencia (REQUERIDO)

Firma (DEBE SER
ORIGINAL; NO SE ACEPTAN copias, faxes y / o sellos)

Fecha _____