



## 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 \_\_\_\_\_