



Ciudad de Liberal Tránsito
324 North Kansas Ave
Liberal , KS 67901
620-626-0100
www.cityofliberal.org

CITY BUS ADA PARATRANSITO ELEGIBILIDAD DE APLICACIÓN

PARTE A: Personal / Información de contacto

City Bus ofrece servicio Paratransit de origen hasta su destino a las personas que no pueden utilizar el servicio de ruta fija. Para ser elegible para el servicio Paratransit de origen hasta su destino, las limitaciones funcionales de la discapacidad de un individuo debe impedir el uso regular del servicio de ruta fija. Las barreras arquitectónicas y ambientales tales como la distancia, el terreno o el clima no lo hacen, por sí solo, forman una base para la elegibilidad. Sin embargo, puede considerarse la posibilidad de la interacción de las condiciones ambientales (climáticas y del terreno) con la condición deterioro relacionado del individuo. **Discapacidad sola no califica automáticamente a un individuo para el servicio Paratransit de origen hasta su destino de la ciudad en autobús.**

Para ser elegible para el servicio, los solicitantes, junto con un profesional calificado como un médico (MD o DO), enfermera, terapeuta físico u ocupacional, psiquiatra, psicólogo, consejero de salud mental, consejero vocacional, especialista en rehabilitación, independiente entrenador habilidades de la vida o el oftalmólogo deben completar y presentar las Partes A y B para su revisión dentro de los 21 días siguientes al día en que el solicitante subió por primera vez al autobús.

Los solicitantes también tendrán que completar un Formulario de Autorización de Divulgación de Información de Salud Protegida adjunta a la Parte B que será presentado por el profesional cualificado.
Escriba a máquina o imprimir en tinta para completar los formularios de solicitud.

Último Nombre _____ Primer Nombre _____ MI _____
Dirección _____ Apt . No. _____
Ciudad _____ Estado _____ Postal _____
Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____
TTD / TTY: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____
Fecha de nacimiento : ____ / ____ / ____ Dirección E -Mail: _____

Por favor notifique a la oficina de cualquier cambio de dirección, número (s) de teléfono, contactos de emergencia, estado de salud o necesidades especiales de asistencia Ayuntamiento de Liberal Transito.

¿Necesita información en un formato alternativo?

Braille _____ Letra Grande _____ Cinta de Audio _____ Otro: _____

Contacto de Emergencia :

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____

Si alguien le está ayudando con esta solicitud, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE SUS HABILIDADES

1 . ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud que **no le permite usar** la ciudad en autobús de ruta fija?

____ Certificado legalmente ciego

____ Pérdida o incapacidad para usar una o más extremidades

____ Efectos graves de accidente cerebrovascular

____ Parálisis que afecta a la movilidad , el habla , la visión o la memoria

____ La artritis severa

____ Trastornos autoinmunes, por ejemplo, el lupus o la esclerodermia, etc

____ Deterioro cardíaca y/o respiratoria grave que afecta a la fuerza y/o resistencia

____ Trastorno emocional grave (puede requerir una escolta)

____ Las discapacidades del desarrollo, por ejemplo, el retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia, autismo o trastorno neurológico, etc

____ Pérdida de la audición acompañada por una incapacidad para entender el habla con/sin una audiencia ayuda

Otros (por favor explique) : _____

a . Es su incapacidad permanente? _____ Yes _____ No

b . Si su incapacidad es temporal, ¿cuánto tiempo cree usted que será hasta que esté mejor?

_____ Meses

c . ¿Hay una temporada durante el año de que su condición de discapacidad/salud empeora y le impide viajar sin ayuda? Marque todas las que apliquen.

_____ Primavera _____ Verano _____ Otoño _____ Invierno

2 . ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? **Marque todas las que apliquen.**

_____ Silla de ruedas manual	_____ Silla de ruedas eléctrica
_____ Desarrollado Scooter	_____ Caña
_____ Andador	_____ Bastón Blanco
_____ Servicio animales	_____ Muletas
_____ Oxígeno	Otro (por favor explique): _____

a . El límite de peso del elevador de silla de ruedas es de 600 libras, especificada por la Ley ADA DOT Federal de 1990 (Título 49 del CFR), que define una "silla de ruedas común" como una ayuda a la movilidad que no exceda de 30 centímetros de ancho y 48 pulgadas de longitud medidos dos pulgadas por encima de el suelo, y no pesa más de 600 libras cuando ocupado. Si marcó con silla de ruedas y/o Scooter bajo el # 4 ¿superan las ayudas se encuentran la movilidad de esta definición?

(Circule uno) ☐ SÍ ☐ NO

b . Los conductores no están autorizados a empujar ayudas para la movilidad (sillas de ruedas), cuyo peso combinado de pasajeros y de ayuda a la movilidad sea superior a 300 libras. Será solicitante podrá maniobrar a sí mismos en el autobús, en una posición orientada hacia adelante y en el movimiento de y lejos del autobús en de-embarque o proporcionar un PCA para tal movimiento?

(Circule uno) ☐ SÍ ☐ NO

3 . ¿Los cambios en el clima (como el calor extremo, el frío, el viento, la lluvia, la nieve y/o hielo) en combinación con su discapacidad o condición de salud le impida el uso de la ciudad en autobús de ruta fija ?

_____ Si _____ No

En caso afirmativo, explique por completo. Utilizar una hoja adicional si es necesario.

4 . ¿Necesita la ayuda de un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaje? (Ciclistas deben proporcionar su propio PCA).

_____ Si _____ No _____ Veces

5 . Todos los vehículos de la ciudad de autobuses tienen ascensores para sillas de ruedas (si usted no puede subir escaleras, usted puede estar parado en el ascensor). ¿Sería usted capaz de conseguir en y fuera de un autobús regular sin la ayuda de otra persona? (El controlador opera el ascensor y ayuda con el sistema de sujeción. Montacargas tienen pasamanos.)

_____ Yes _____ No _____ Veces

Si no o algunas veces, explique por qué:

6 . ¿Su discapacidad o condición de salud le **impiden** llegar al o desde un autobús de la ciudad fija parada de autobús de ruta con ayuda de otra persona, por una de las siguientes razones? **Marque todas las que apliquen.**

- ☐ No es posible (no sólo difícil) para viajar en terreno irregular o quebrado
- ☐ Sensibilidad extrema a ciertas condiciones climáticas
- ☐ Fatiga extrema debido a la condición de salud
- ☐ No se puede cruzar intersecciones muy transitadas
- ☐ Falta de aceras y rampas en las aceras en la parada de guagua
- ☐ No se puede encontrar la parada de guagua debido a una deficiencia visual
- ☐ No se puede esperar fuera durante diez (10) minutos
- ☐ No es posible viajar en el hielo o la nieve cubre las superficies
- ☐ No puede identificar correctamente estación de guagua durante el día cuando hay luz
- ☐ No puede identificar autobús correcto en la mañana temprano o tarde cuando está oscuro
- Otros (por favor explique): _____

7 . ¿Cuántos bloques es su hogar al Tope fijo estación de guagua ruta más cercana? _____

8 . Indique a continuación hasta qué punto usted es capaz de viajar sin ayuda.

- ☐ Puedo llegar a la acera en frente de mi casa / apartamento
- ☐ ¼ milla (3 cuadras) ☐ ½ millas (6 cuadras) ☐ ¾ milla (9 cuadras)

9 . Después de llegar a una parada de autobús de ruta fija de autobús de la ciudad, ¿cuánto tiempo puede esperar fuera (no sentado) hasta que llegue un autobús de ruta fija City Bus?

- ☐ 30 Minutos o más ☐ 15 minutos ☐ 10 minutos ☐ Menos de 10 minutos

Si no puedes soportar la espera, ¿por qué no ? _____

10 . ¿Es **capaz** de realizar las siguientes funciones sin la ayuda de otra persona : **Marque todas las que apliquen.**

- ☐ Comprender y/o procesar información
- ☐ Pida o seguir escrita u oral de la información, tales como los horarios incluyendo TDD, cinta de audio o voz?
- ☐ Calcule la tarifa correcta?
- ☐ Siga las instrucciones en caso de emergencia?
- ☐ Reconocer su destino, mientras que en el autobús de la ciudad fija autobús de la Ruta?
- ☐ Una vez que se baje del autobús de la ciudad, se puede localizar y llegar a su destino?
- ☐ Cruzar una intersección ocupada?
- ☐ Encuentra tu camino entre los lugares conocidos?
- ☐ Avisar al conductor del autobús que bajar del autobús en una parada conocida estación de guagua a continuación, bajarse del autobús? Suponga que el conductor llama a todas las paradas de autobús de ruta fija.
- ☐ Monedas de agarra, pases, y los mangos?
- ☐ Comunicar direcciones, destinos y números de teléfono en la solicitud?
- ☐ Frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina, por ejemplo, rutas fijas cambiado debido a la construcción de carreteras, parada de autobús de ruta fija regular de cerrado?
- ☐ Subir y bajar escaleras?

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que el propósito de completar la Parte A es el primer paso para determinar si soy elegible para el City Bus **ADA Complementaria Servicio Paratransit** debido a una discapacidad o si me pueden y deben utilizar el servicio de autobús de ruta fija City Bus.

Por otra parte, estoy de acuerdo en tener una conducta profesional cualificado una evaluación profesional independiente de mi elegibilidad al completar la PARTE B del proceso de solicitud. Entiendo que el no participar en esta evaluación dará lugar a una negación de la elegibilidad para el servicio de autobuses de la ciudad Paratransito.

Entiendo que la Parte A, Parte B, y el Formulario de Autorización de Divulgación de Información de Salud Protegida adjunta a la parte B deberán presentarse para completar la revisión de la solicitud . Además, autorizo a la salud calificado profesional de completar la Parte B de mi parte a divulgar esta información a la Ciudad de Liberal Tránsito para su revisión, así como cualquier información pertinente de apoyo u otra acerca de mi salud o condición médica para ayudar a la Ciudad del personal Liberal Tránsito en la determinación de la elegibilidad para City Bus ADA complementaria Servicio Paratransito. Entiendo que la recepción de la parte A presentado por mí o un representante en mi nombre y de la Parte B por un profesional cualificado que realiza la evaluación profesional independiente se iniciará el período de revisión de la solicitud 21 días calendario por la ciudad de Liberal Transito. Además, entiendo que la Ciudad de Liberal tránsito puede que tenga que ponerse en contacto conmigo o con un representante de mi parte con respecto a mi solicitud, así como, posiblemente, el profesional cualificado de completar la Parte B para obtener más información. Certifico con mi firma que he dicho la verdad al contestar todas las preguntas en esta solicitud y que la información que he proporcionado es correcta. Entiendo que dar información falsa puede resultar en la denegación de servicio.

Firma del solicitante

Fecha

Si asistido al solicitante a completar este formulario, firmar a continuación:

Firma

Fecha