

EL AUTOBUS CIUDAD ADA PARATRANSITO ELEGIBILIDAD DE APLICACIÓN

PARTE B: Verificación Profesional

El formulario de solicitud a continuación contiene preguntas para ayudar en la evaluación del solicitante para determinar la capacidad o incapacidad para andar sin ayuda en Liberal City Bus. El solicitante está solicitando City Bus ADA Complementario Paratransito Servicio y dispone de 21 días desde el día de su primer viaje a presentar una solicitud o el riesgo de ser completado el servicio negado. Ciudad en autobús On-Demand se limita única y exclusivamente sólo para aquellas personas con discapacidad que requieren de los servicios de transporte que reciben asistencia y que no pueden utilizar el servicio de ruta fija. On-Demand es un servicio de puerta a puerta de respuesta a la demanda que los pasajeros deben llamar con anticipación para programar viajes de su residencia a su destino.

Por favor, lea la siguiente ADA (Ley de Estadounidenses con discapacidades) definición de una persona con una discapacidad, lo que se refiere al transporte público:

Cualquier persona con una discapacidad que no está en condiciones, como resultado de una deficiencia física o mental, para abordar, viajar o bajarse de un vehículo accesible (elevador de silla de ruedas City equipado Bus) de forma independiente o cesión total sin la ayuda de otra persona.

y/o

Cualquier persona con una discapacidad que tiene una condición específica deterioro relacionado que les impide viajar hacia y desde una parada de autobús en el sistema de rutas fijas de autobuses públicos. 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.

Nombre de Solicitante	Código postal	Caja/Calle	Ciudad	Estado
-----------------------	---------------	------------	--------	--------

¿El solicitante es **capaz** de utilizar **La Ciudad en Autobús de ruta fija** como se indica más arriba?
Sí _____ No _____

Si su respuesta es Si, deténgase aquí y no complete el resto del formulario de solicitud. Por favor, firmar, fechar y devolver sólo esta página a 324 N Kansas.

Si respondió **NO** a la pregunta anterior **NO FIRME AQUÍ, seguir las siguientes páginas y conteste a todas las preguntas con el fin de calificar solicitante de On-Demand Paratransit**. Las preguntas relacionadas con esta forma pueden ser dirigidas al (620) 626-0100.

Firma Profesional	Fecha
-------------------	-------

Nombre Impreso de certificación / Licenciatura Teléfono

Al responder a las siguientes preguntas, tenga en cuenta que esta información será un elemento más en la determinación de elegibilidad hecha por el Supervisor de Tránsito para el servicio de transporte ADA de puerta a puerta de On-Demand . Por favor verifique la discapacidad alegado por la demandante, en la medida de esta discapacidad, y para las evaluaciones funcionales en cuanto a la capacidad del solicitante para llevar a cabo actividades relacionadas con el uso de un servicio de transporte de ruta fija. Su aporte será particularmente importante que los solicitantes han reclamado una discapacidad "oculto" o "no visible" (por ejemplo, una condición médica como una enfermedad cardíaca o pulmonar, enfermedad mental, o una enfermedad de las articulaciones, etc.) Esta verificación también ayudará a determinar el grado de la capacidad cognitiva, con el objetivo de ser sólo para calificar a los candidatos que son verdaderamente incapaces de usar la ciudad en autobús de ruta fija y están en necesidad de On-Demand de servicios ADA Paratransito.

1. ¿Alguna vez ha examinado/evaluado el solicitante en el pasado? Sí _____ No _____

Si es así, fue un examen/evaluación dentro de los últimos doce meses? Sí _____ No _____

El periodo de tiempo de tratamiento/cuánto tiempo bajo su cuidado? _____

2. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud específica / limitación del solicitante y cómo limitar o impedir su / su capacidad de viajar de forma independiente o utilizar 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

____ Los 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 un audífono

____ Otro (Por favor explique el diagnóstico médico y luego describir la discapacidad o condición de salud/limitación) Use otro lado de la página si es necesario

Fecha de inicio? _____

3. Es la discapacidad del solicitante:

Permanente Sí _____ No _____

Si es temporal cuánto tiempo? _____

Es la discapacidad de este solicitante:

Estacional _____ Si es así, el tipo de temporada(s)? _____

4. ¿Qué ayudas para la movilidad no utilizan el solicitante? Marque todas las que apliquen.

Silla de ruedas manual ____ Silla de ruedas eléctrica ____
Desarrollado Scooter ____ Caña ____
Andador ____ Bastón Blanco ____
Servicio de Animales ____ Muletas ____
Oxígeno ____ Otro (por favor indique) _____

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

5. ¿Tiene el solicitante requiere un Asistente de Cuidado Personal (PCA) al viajar en vehículos de transporte público?

(Ciclistas deben proporcionar su propio PCA)
Nunca ____ Veces ____ Siempre ____

Si se necesita un PCA , explique por qué.

6. ¿Cuál de las siguientes condiciones climáticas impacto incapacidad o condición de salud del solicitante de tal manera que impide que él / ella de forma independiente para obtener y/o de una parada de autobús?

Indicar: Calor ____ Fría ____ Humedad ____ Nieve ____ Hielo ____
Contaminación/Alergias ____ Otro ____ N/A ____

¿Qué tiempo específico condición impide a esta persona de moverse en su / su cuenta? ¿Cómo es eso ?

7. ¿Hace terreno áspero que sea difícil para el solicitante para viajar hacia y/o desde una parada de autobús de ruta fija?

Si ____ No ____ Veces ____

Si su respuesta es "Sí" o "A veces", describa su definición de terreno áspero y cómo eso hace que sea difícil para el solicitante de viajar y/o de una parada de autobús de ruta fija.

8. Es solicitante podrá: **Marque todas las que correspondan**

- ☐ Entender y/o procesar la información que les permita utilizar un servicio de autobús de ruta fija
- ☐ Pida o seguir escrita u oral de la información, tales como los horarios, incluyendo TDD, cinta de audio o de voz?
- ☐ Figure La tarifa correcta?
- ☐ Instrucciones seguir en una emergencia?
- ☐ Reconocer su/su destino, mientras que en un autobús de ruta fija?
- ☐ Una vez que él/ella se baja del autobús en una parada de autobús de ruta fija, localizar y llegar a su / su destino?
- ☐ Cruzar una concurrida intersección de encontrar y/o de una parada de autobús de ruta fija?
- ☐ Encuentre su/su camino entre lugares familiares?
- ☐ Señal al conductor del autobús para salir de un autobús de ruta fija en una parada de autobús de ruta fija familiarizado y luego bajarse del autobús? (Suponga que el controlador llama a todas las paradas)
- ☐ Monedas de agarrar, pases, y los mangos?
- ☐ Comunicar direcciones, destinos y números de teléfono en la solicitud con el fin de transmitir a un controlador de ruta fija su destino final deseado?
- ☐ Frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina, por ejemplo, la ruta fija cambiaron debido a la construcción de carreteras, parada regular de autobús de ruta fija cerrada?
- ☐ Subir y bajar escaleras sin ayuda?

Al firmar a continuación usted confirme la necesidad del solicitante de servicio de puerta a puerta de autobús.

Tu Nombre y cargo: _____

Certificado/Licenciatura: _____

Dirección de oficina: _____

Oficina Teléfono: _____

Firma _____ Fecha: _____

Favor de enviar el original firmado a la ciudad de Liberal Tránsito, 324 N Kansas Ave, Liberal, KS 67901 tan pronto como sea posible. También puede enviar por fax una copia al (620) 626-0589 para acelerar el proceso, pero el original firmado, deberá enviarse al Ayuntamiento. Gracias por su cooperación.

Formulario de Autorización de Divulgación de Información de Salud Protegida

Yo _____ autorizo al profesional calificado
(Nombre impreso del Paciente)

_____ Completar la Parte B
(Nombre y cargo de un profesional calificado)

(Verificación Profesional Calificado) de la City Bus On-Demand Paratransit Solicitud de Elegibilidad en mi nombre, a divulgar esta información sobre mi discapacidad y habilidades para utilizar el servicio de autobús accesible City Bus de ruta fija a los representantes de la ciudad de Liberal Tránsito para su revisión, así como cualquier información pertinente de apoyo u otra acerca de mi salud o condición médica. Esto se utilizará únicamente con el propósito de determinar la elegibilidad para el servicio de paratransito complementario City Bus ADA. Entiendo que toda la información médica acerca de mi discapacidad se mantendrá estrictamente confidencial.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización con el fin de ser considerado para los servicios, pero entiendo que no se dará ningún peso a las condiciones médicas afirmaron que no puede ser verificada . De hecho, tengo el derecho de negarse a firmar esta autorización. Cuando es usada o divulgada conforme a esta autorización mi información, que puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no puede ser protegido por la ley HIPAA Regla Federal de Privacidad. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que la ciudad de Liberal Transit ha actuado basándose en esta autorización.

Mi revocación escrita debe ser sometida a la Ciudad de Liberal Tránsito, 324 N Kansas,
Liberal , KS 67901

Firma del solicitante o tutor legal

Fecha

Relación del Tutor Legal con el solicitante: _____

Nombre impreso del tutor legal, si procede: _____

Impreso dirección y número de teléfono del tutor legal: _____

Solicitante / tutor debe estar provisto de una copia firmada de este formulario de autorización.

NOTA : Si sólo es capaz de hacer una "marca" para su firma, simplemente hacer su marca y luego alguien que actúe como testigo al firmar su nombre por encima o al lado de la suya. Esto puede ser firmado por un "tutor legal " o "poder" sólo si también se proporciona una copia de la documentación que demuestre su autoridad legal para actuar y firmar en nombre del solicitante. **DOCUMENTACIÓN NO ES NECESARIO PARA EL PADRE DE UN NIÑO MENOR DE EDAD.**

Profesional calificado envíe por fax una copia de este formulario de autorización firmado a (620) 626-0589.
Gracias por su cooperación.