

SOLICITUD DE A.D.A ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO

Servicio Lift de Topeka Metro

820 SE Quincy St., Topeka, KS 66612-1114

(785) 783-7000 Voz/TDD (Dispositivo de Telecomunicaciones para Sordos)

Parte 1. Todas las preguntas deber ser respondidas por el solicitante (solamente un solicitante por formulario). Los formularios incompletos serán regresados. Por favor escriba a máquina o a mano, utilice una hoja adicional si lo necesita.

Nombre de solicitante: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Código postal: _____
(La dirección es una: _____ Casa comunitaria _____ Apartamento tutelado _____ Centro de cuidado/enfermería _____ Otro _____)	
Teléfono de casa: _____	Teléfono de trabajo: _____ Celular (opcional) _____
Circule uno: Solicitud original <input type="radio"/> Recertificación de solicitud <input type="radio"/>	
Número de identificación (si recertifica): _____	Masculino _____ Femenino _____

1. Por favor describa su discapacidad actual. **(Sea específico y haga una lista de todas las discapacidades que apliquen):**

2. ¿Cómo esta discapacidad **no le permite** utilizar el sistema de autobús de ruta fija? **Por favor tome en cuenta que todos los autobuses de ruta fija tienen una silla de ruedas accesible.**

3. Su discapacidad o condición de salud es: _____ Permanente _____ Temporal

4. Si su discapacidad o condición de salud cambia a diario, por favor explique como:

5. ¿Su discapacidad no le permite llegar o regresar de la parada de autobús de ruta fija? _____ Si _____ No

6. ¿Cuántas cuerdas puedes viajar o caminar? _____ Cuerdas

7. ¿Los cambios de clima no le permiten llegar o regresar de la parada de autobús? _____ Si _____ No

Si su respuesta es sí, especifique las condiciones del clima y como afecta su movilidad:

8. Si hay alguna barrera física que combinada con su discapacidad que pueda impedirle viajar a o desde la parada de autobús más cercana a usted, por favor haga una lista: *(Ejemplos: no aceras, no rebaje en la acera, hielo, nieve, no paso de peatones/luces, gradas)*

9. ¿Se le impide viajar de o desde el lugar de abordaje por cualquiera de las siguientes razones? *(Por favor indique todas las que aplican):*

- Incapacidad de tratar con terreno montañoso Sensibilidad extrema a condiciones climáticas
 Sensibilidad alérgica/ambiental Hiper fatiga o debilidad
 Ceguera nocturna Incapacidad para cruzar intersecciones ocupadas

Otro (por favor explique): _____

10. ¿Puede esperar sin compañía diez (10) minutos en la parada de autobús? Si No

11. ¿Puede subir tres (3) escalones para entrar en el autobús? Si No

12. ¿Puede abordar el autobús con un dispositivo de "elevación" el cual disminuye la altura del primer escalón? Si No

13. ¿Puede transferirse de un autobús a otro? Si No

14. ¿Puede seguir instrucciones escritas? Si No ¿Instrucciones orales? Si No

15. ¿Puede utilizar un teléfono o dispositivo TDD para realizar llamadas? Si No

16. ¿Puede identificar el autobús que necesita? Si No

17. ¿Puede identificar aceras, rebajes de acera, pasos peatonales, etc.) Si No

18. ¿Está legalmente ciego? Si No

Si su respuesta es sí, ¿cuál es su agudeza visual? ojo derecho ojo izquierdo

19. Por favor indique todos los dispositivos de movilidad que utilice:

- Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Scooter eléctrico Caminador
 Bastón de apoyo Bastón guía Tanque de oxígeno Muletas
 Ambulatorio, pero debe usar un elevador/rampa para abordar el vehículo Animal guía
 No utilizo ninguna clase de dispositivo de movilidad Otro: _____

20. Si utiliza silla de ruedas o scooter, por favor indique el fabricante y el modelo y número de llantas:

21. Si utiliza una silla de ruedas o scooter, ¿Cuáles son sus dimensiones físicas 2 pulgadas por encima del suelo, incluyendo extensiones para los pies y cabeza (en pulgadas) ?:

ancho altura largo peso

22. ¿Requiere un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaja? *Nota: Una PCA es alguien que está designada o empleada por una persona para proporcionar asistencia personal; no es un acompañante o escolta.*

Si No Algunas veces

23. ¿Requiere una modificación razonable para utilizar el servicio de Topeka Metro? Si No

Si su respuesta es sí, ¿Qué modificación requiere? _____

24. ¿Utiliza actualmente el sistema de ruta fija? _____ Si _____ No Si su respuesta es sí, ¿con que frecuencia? _____/por semana
25. ¿Alguna vez ha recibido entrenamiento de viaje para el sistema de ruta fija? _____ Si _____ No Si su respuesta es sí, ¿Con qué agencia? _____
26. ¿Le gustaría recibir información del sistema de ruta fija? _____ Si _____ No

Por favor proporcione un nombre y número de teléfono de contacto de un familiar o amigo en caso de que no podamos comunicarnos con usted:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ (casa) _____ (trabajo) _____ (celular)

Por este medio certifico, con lo mejor de mi entendimiento, que la información provista en este formulario es correcta y verdadera. Falsificar información es en contra de la ley y pudiera resultar en suspensión permanente del servicio Lift. Además, estoy de acuerdo con notificar a Topeka Metro cualquier cambio en mi estado, el cual pudiera afectar mi elegibilidad para utilizar este servicio. También entiendo que la falta de adherirme a las políticas y procedimientos tal como se identifica en la Guía del usuario Lift será motivo para revocar mi derecho de participar en el programa. Por este medio autorizo a mi agencia representante o profesional (es) de la salud, proporcionar cualquier información adicional al personal de Topeka Metro conforme lo necesite o requiera.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

La seguridad del solicitante es preocupación principal para Topeka Metro. La Gerencia de emergencia del Condado de Shawnee tiene una base de datos con los nombres de las personas, dirección y número de teléfono que pudieran requerir asistencia durante o después de una situación de desastre dentro de nuestro condado. Si firma esta sección, usted da permiso a Topeka Metro para proporcionar esta información a la Gerencia de emergencia del Condado de Shawnee. La información será guardada en un disco duro de seguridad de la Gerencia de emergencia del Condado de Shawnee.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Si usted no es la solicitante, pero usted ha completado la solicitud en nombre de la solicitante, debe proporcionar la siguiente información (por favor escriba a máquina o a mano):

Su nombre y dirección: _____

Número de teléfono de día: _____ Relación con el solicitante: _____

Por este medio certifico, con lo mejor de mi entendimiento, que la información arriba proporcionada es correcta y verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL DEPARTAMENTO LIFT SOLAMENTE

_____ Nueva solicitud _____ Recertificación

Fecha de recibida: _____ Determinación: *Completa* *Intermitente* *Temporal* *Denegada*

Términos para aprobación intermitente: _____

Dentro de ¼ del área: _____ Dentro de los límites de la ciudad: _____

ID: _____

Fecha de emisión: _____

Fecha de vencimiento: _____

Código de elegibilidad: _____

PCA: *si* *no* *algunas veces*

Notas de seguimiento: _____

Parte 2- Solicitud de certificación profesional de ADA

(Todas las preguntas deben ser contestadas por un médico, un profesional del cuidado de la salud o una agencia representante).

El solicitante que se nombra en la Parte 1 le ha pedido que proporcione información con respecto a su habilidad para utilizar los servicios de transporte público. Topeka Metro proveerá servicios paratransito de origen a destino a las personas que, debido a una discapacidad, no puedan utilizar el sistema de autobús de ruta fija. **(Por favor note que todos los autobuses de ruta fija de la ciudad son vehículos de un nivel equipados con rampas para sillas de ruedas y dispositivos de seguridad para las personas quienes utilicen una silla de ruedas o no puedan subir escalones).** La información que usted provea nos permitirá evaluar la solicitud y proporcionar el servicio a aquellos que califiquen de acuerdo con las regulaciones de la ley americana para discapacitados (ADA por sus siglas en inglés).

Una simple dificultad para utilizar el sistema de ruta fija no hace a una persona elegible para el servicio paratransito. (Ejemplos: Una persona con una discapacidad que prefiera no utilizar la ruta fija debido a la posibilidad de crimen **no** es elegible según la ley americana para discapacitados (ADA por sus siglas en inglés). Una persona que prefiere no utilizar la ruta fija debido al clima inclemente **no** es elegible según la ley americana para discapacitados (ADA por sus siglas en inglés), a menos que el clima en combinación con su discapacidad no le permita viajar hacia o desde una parada de bus).

Capacidad por la cual conoce al solicitante: _____

Por favor identifique la discapacidad y describa los impactos o limitaciones para movilidad: _____

¿Esta condición es temporal? _____ Si _____ No Si su respuesta es sí, duración esperada ___/___/___

Si el solicitante tiene un impedimento visual, por favor identifique la extensión del impedimento y describa como este **no le permite** utilizar el sistema de autobús de ruta fija: _____

Si el solicitante tiene una discapacidad cognitiva, por favor identifique la extensión del impedimento y describa como este **no le permite** utilizar el sistema de autobús de ruta fija: _____

En su opinión profesional, ¿esta persona requiere del servicio Lift? _____ Si _____ No

<p>Por este medio certifico que la información anterior es verdadera. Entiendo que una certificación falsa puede ser reportada a la jurisdicción autorizada bajo el Estado de Kansas o a el código apropiado para estado de licencia/certificación.</p>	
Firma (o sello) _____	Fecha: _____
Escriba su nombre: _____	
Dirección: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de día: _____	Licencia # _____ Estado: _____
Agencia: _____	Profesión: _____

CLIENTE- Por favor envíe por correo la solicitud completa a:

**The Lift Service
820 SE Quincy St.
Topeka, KS 66612-1114**