

SERVICIO DE PARATRÁNSITO ADA [ADA= Ley de Norteamericanos con Discapacidades] DEL SISTEMA DE TRANSPORTE DE LA CIUDAD DE MARION (MTS)

Si usted tiene una discapacidad que en algunas ocasiones o en general le impide usar el servicio de autobuses normal que proporciona el MTS, usted puede ser elegible para el nuevo Servicio de Paratrásito del MTS. Este servicio opera en el mismo horario que el servicio normal de autobuses del MTS (actualmente de las 7 a.m. a las 5 p.m., de lunes a viernes, excepto en ciertos días festivos). A los usuarios elegibles del Servicio de Paratrásito ADA del MTS se les expedirá una tarjeta de identificación de paratrásito ADA. Debido al costo de proporcionar el servicio de paratrásito ADA, la tarifa en un solo sentido del MTS para el servicio de ADA es de \$1.00, es decir, el doble de la tarifa normal del servicio de autobuses del MTS.

Para poder determinar si usted es elegible para el servicio de paratrásito ADA del MTS, llene el formulario adjunto de Solicitud para el Servicio de Paratrásito ADA y envíelo por correo a la siguiente dirección:

City of Marion Transit Department
City Garage Center
520 East 6th Street
Marion, IN 46953

Attention: ADA Review Committee

Asegúrese de que la del formulario de solicitud (Verificación Profesional) sea llenada y firmada por uno de los profesionales mencionados en esa sección; las solicitudes que no sean verificadas por uno de los profesionales mencionados no se considerarán para el servicio de paratrásito ADA.

El MTS procesará su solicitud dentro de un plazo de 21 días luego de la recepción de ese documento en la oficina del MTS.

Si tiene cualquier duda, llame al Sistema de Transporte de Marion al 668-4405, o al 668-4446 si usa TDD para personas con discapacidad auditiva.

MTS

Sistema de Tránsito de la Ciudad de Marion

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE LA LEY DE NORTEAMERICANOS CON DISCAPACIDADES (ADA)

La información obtenida en este proceso de certificación sólo será usada por la ciudad de Marion para proporcionar el servicio de transporte. Los datos sobre la evaluación de su discapacidad funcional para usar los servicios de transporte sólo se compartirán con otros proveedores de transporte para facilitar los recorridos en esas áreas, y no serán proporcionados a ninguna otra persona o agencia.

1. Nombre _____
2. Domicilio _____

Estado _____ Código postal _____
3. Número de teléfono (Particular) _____ (Trabajo) _____
4. Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

5. ¿Qué discapacidad le impide usar nuestro servicio de ruta fija?

¿Es temporal esta afección? _____ Si la respuesta es afirmativa, se espera que dure hasta

____ / ____ / ____

6. ¿Cómo le impide esta discapacidad usar los servicios de ruta fija? Explique detalladamente. Use una hoja adicional si es necesario.

7. ¿Existen otros efectos de su discapacidad de los cuales debemos tener conocimiento?

USAREMOS LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA ASEGURARNOS DE QUE SE UTILICE UN VEHÍCULO ADECUADO PARA PROPORCIONARLE EL SERVICIO DE TRANSPORTE Y PARA QUE LA CIUDAD DE MARION PUEDA HACER UN ANÁLISIS PRECISO DE SUS REQUERIMIENTOS DE DESPLAZAMIENTO.

8. ¿Usa alguno de los siguientes auxiliares de desplazamiento? (Marque todas las opciones aplicables.)

Silla de ruedas manual _____ Silla de ruedas eléctrica _____ Motoneta _____

Bastón _____ Muletas _____ Cuidador personal _____ Perro guía _____

Otro animal de servicio (Describa) _____

Si usa una silla de ruedas o motoneta, indique las medidas:

Longitud _____ pulgadas Ancho _____ pulgadas

El peso total de su silla de ruedas/motoneta y de su cuerpo, ¿excede las 600 libras?

Sí _____ No _____

9. ¿Actualmente usa algún servicio de transporte o de paratransito de la región?

Sí _____ No _____ (Describa los servicios que usa).

10. Responda las siguientes preguntas:

¿Cuál es la distancia máxima que usted puede recorrer sin la ayuda de otra persona? _____ yardas
(Para referencia: 1/4 milla = 440 yardas; 1/2 milla = 880 yardas; 3/4 milla = 1,320 yardas).

¿Su discapacidad le impide recorrer esta distancia en nieve, hielo u otro tipo de terreno? (Explique)

¿Puede subir y bajar tres escalones de 12 pulgadas para abordar y bajarse de un autobús?

Sí _____ No _____ Algunas veces _____

¿Cuánto tiempo, como máximo, puede esperar en exteriores sin ayuda?

_____ minutos

¿El clima extremo, frío o caluroso, afecta este tiempo? Sí _____ No _____ (Si la respuesta es afirmativa, describa su situación en las siguientes líneas).

11. Declaro que la información mencionada anteriormente es correcta.

Firma _____

Fecha _____ / _____ / _____

12. Si esta solicitud no ha sido llenada por la persona que solicita la certificación, la persona que la llenó debe proporcionar los siguientes datos:

Nombre _____

Domicilio _____

Estado _____ Código postal _____

Teléfono (durante el día) _____

Firma _____

Fecha / / _____

Para que la ciudad de Marion pueda evaluar su solicitud, puede ser necesario contactar a un médico u otro profesional para confirmar la información que usted ha proporcionado. Llene la siguiente información y el formulario de autorización.

Identifique al profesional que mejor pueda verificar su habilidad funcional para usar los servicios de transporte. Por ejemplo, si usa un auxiliar de desplazamiento o si es físicamente incapaz de trasladarse a una parada de autobús o de abordar un autobús, identifique, si es posible, a un asesor de rehabilitación, un asesor de vida independiente, un terapeuta ocupacional u otro profesional que conozca sus habilidades funcionales. Si tiene una afección cardíaca o pulmonar, discapacidad visual o sensibilidad a la temperatura, identifique a un médico o un profesional de atención médica con la especialidad adecuada para que proporcione información sobre su afección. Si tiene una discapacidad cognitiva o del desarrollo, identifique, si es posible, a un asesor de vida independiente u otro profesional de servicio social que esté familiarizado con sus capacidades.

El siguiente asesor de rehabilitación _____; asesor de vida independiente _____; terapeuta ocupacional _____; profesional de servicio social _____; médico _____; profesional de atención médica (marque uno) está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado para proporcionar a la ciudad de Marion la información requerida para completar esta certificación.

Nombre _____

Dirección _____

Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____

Nombre en letra molde _____ Fecha de nacimiento / / _____

Firma _____ Fecha / / _____

Sólo un profesional de atención médica debe llenar esta sección.

Estimado(a)

El formulario de autorización adjunto ha sido entregado por _____, quien nos ha indicado que usted puede proporcionar información acerca de su discapacidad y el impacto de ésta en su capacidad para utilizar nuestros servicios de transporte. La ley federal requiere que la ciudad de Marion proporcione servicios de paratransito a personas que no puedan utilizar los servicios de ruta fija disponibles. La información que usted proporcione nos permitirá hacer una evaluación adecuada de esta solicitud y su aplicación a solicitudes de recorridos específicos. Gracias por su cooperación.

Relación con el solicitante:

Diagnóstico médico de la afección que causa la discapacidad:

¿La afección es temporal? No _____

Si _____ Se espera que dure hasta ____ / ____ / _____

Si la persona tiene una discapacidad que afecta la movilidad:

¿Qué distancia puede recorrer sin ayuda de otra persona? _____ yardas.
(Para referencia: 1/4 milla = 440 yardas; 1/2 milla = 880 yardas; 3/4 milla = 1,320 yardas).

La discapacidad de la persona le impide recorrer esta distancia cuando hay:

Hielo _____ Nieve _____ Terreno inclinado _____

¿Puede la persona subir y bajar tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Si _____ No _____ Algunas veces _____

¿Cuánto tiempo puede la persona esperar en exteriores sin ayuda? _____ minutos.

¿Esta persona es intolerante al calor y/o frío extremos, lo cual representa un peligro si la persona debe esperar en exteriores?

Si _____ No _____ (Si la respuesta es afirmativa, describa la naturaleza de la intolerancia térmica y la causa de esta discapacidad).

¿La persona usa algún auxiliar para su desplazamiento? Si es así, ¿cuál?

Sólo un profesional de atención médica debe llenar esta sección.

Si la persona tiene una discapacidad visual:

Agudeza visual con la mejor corrección:

Ojo derecho ____ Ojo izquierdo ____ Ambos ojos ____

Campos visuales:

Ojo derecho ____ Ojo izquierdo ____ Ambos ojos ____

Si la persona tiene una discapacidad cognitiva:

¿Puede la persona:

dar direcciones y números de teléfono cuando se le pidan?

Sí ____ No ____

reconocer un destino o puntos de referencia?

Sí ____ No ____

manejar situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?

Sí ____ No ____

preguntar, comprender y seguir instrucciones?

Sí ____ No ____

desplazarse de manera segura y eficiente en lugares muy concurridos y/o complejos?

Sí ____ No ____

¿Hay algún otro efecto de la discapacidad del que la ciudad de Marion deba tener conocimiento? Descríbalo.

Su nombre: _____

Dirección del consultorio: _____

Número de teléfono del consultorio: _____

Firma: _____