

ÁREA DE TOLEDO AUTORIDADES DE TRÁNSITO REGIONALES (TARTA) PARATRÁNSITO (TARPS) APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

En acuerdo con el Americano con el Acto de Discapacidades (ADA), TARPS es un programa de tránsito federal para individuos que tienen una combinación de limitaciones que les impiden usar la ruta fijada TARTA para encontrar todas sus necesidades de transporte. La edad, inhabilidad de conducir, distancia de una parada de autobús, etc. por ellos y el miedo de un delito o conveniencia no son tomado en cuenta en la determinación de una elegibilidad.

Para ser elegible para este servicio, la condición médica en combinación con limitaciones funcionales o cognoscitivas debe **impedir** al candidato de usar el servicio de autobús de ruta fijado de TARTA sin la ayuda de otra persona.

Instrucciones para completar esta aplicación.

Part I, debe ser completado por la persona que solicita el servicio de TARPS (o ayudante). Por favor lea la definición de elegibilidad en el párrafo arriba con cuidado y toma en cuenta como su condición le impide montar TARTA. Por favor escribe a máquina o claramente imprima sus respuestas. Por favor complete cada pregunta tan completamente como posible. Las aplicaciones incompletas serán devueltas para la aclaración y este retrasará su determinación de elegibilidad. El candidato o POA (más de 18 años mayores de edad) o el guarda paternal o legal de un menor deben firmar todas las aplicaciones.

Part II, debería ser dada a y completada por el profesional clínico que puede explicar MEJOR su razón (es) de necesitar TARPS. Por favor pida a la persona que complete esta sección ser tan específica como posible explicando por qué su condición le impide montar la TARTA. Si esto no es hecho, esto puede causar la necesidad de evaluaciones adicionales que así retrasan su determinación de elegibilidad. Ambas partes de la aplicación deben ser devueltas a la oficina TARTA/TARPS por correo o fax. Para enviar por favor envíe a:

Departamento de Elegibilidad de TARTA/TARPS

130 Calle Knapp

Toledo, OH 43604

Mandar por fax: 419.724.6659

¹
Todos los servicios que necesite asistencia lingüística con la Autoridad de Tránsito Regional en Area de Toledo (TARTA), incluyendo las evaluaciones funcionales de paratransito y apelaciones de elegibilidad de paratransito se proporcionan al público sin costo alguno.

Después de que su aplicación es recibida, le enviaremos una carta que le pide llamar y hacer los arreglos para una cara a cara entrevista. El transporte para esta entrevista es gratis si le gustara usar un vehículo de TARPS si sudirección de recogida es dentro del área de servicio TARTA. El objetivo de esta entrevista es para examinar su aplicación con usted, y determinar su elegibilidad para servicios de ADA Paratrásito. Todos los candidatos tomarán sus fotos. Algunos candidatos pueden necesitar evaluaciones adicionales para determinar la elegibilidad. Una vez que toda la información de elegibilidad necesaria es juntada, usted recibirá dentro de 21 días del calendario por correo un aviso del estado de elegibilidad. Si usted no ha recibido la notificación dentro de 21 días, usted puede arreglar paseos de Paratrásito hasta que la determinación sea hecha y usted es notificado.

SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN GENERAL. (Señor___ Señora___ Señorita___)

Apellido:_____ . Primero Nombre:_____

Calle de Dirección:_____ . Número de Apartamento:_____

Nombre del Complejo:_____

Ciudad:_____ . Estado:_____ . Código Postal:_____

Ultimos dígitos del Seguridad Social:_____ . Fecha de Nacimiento:___/___/___

Número de Teléfono:_____ . Celular:_____

Correo Electrónico:_____

¿Usted es actualmente un pasajero de TARPS? _____Sí _____No

¿Si sí, cuál es su número de tarjeta de identidad?_____

Por favor ponga los nombres y números de teléfono en una lista de dos personas para llamar en caso de emergencia.

1. Nombre:_____

Número de teléfono de casa o celular: _____

Relación:_____ . Teléfono del Trabajo:_____

2. Nombre: _____

Número de teléfono de casa o celular: _____

Relación: _____ . Teléfono del Trabajo: _____

Número de ruta de autobús más cerca a mi dirección: _____

Los caminos cruzados más cerca a mi dirección: 1. _____ 2. _____

¿Tiene usted un asistente de cuidado personal (PCA) quién le asiste con funciones de vida diarias? _____ Sí _____ No

Toda la información en relación con TARPS es proporcionado por escrito a menos que por otra manera especificado. ¿Necesita usted la información dada a usted en otra forma? ¿Si sí qué forma? _____

¿Necesitas ayuda en completando esta forma? _____ Sí _____ No

Si usted contest sí por favor complete la información siguiente sobre la persona que le ayudó.

Nombre: _____ . Número de Teléfono: _____

Relación: _____

Nombre de Agencia si Profesional: _____

Calle de Dirección: _____ . Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ . Estado: _____ . Código Postal: _____

SECCIÓN DOS: LA CAPACIDAD DEL CANDIDATO DE USAR SERVICIO DE AUTOBÚS DE RUTA FIJADO.

Por favor lea las declaraciones siguiente y marque todos aquellos que describen su capacidad de usar el autobús de ruta fijo.

- A veces puedo usar el servicio de autobús regular, pero para ciertos viajes, tampoco no he sido entrenado, o hay otras barreras.

- Tengo una discapacidad temporal que me impide llegar a la parada de autobús. Necesitaré el servicio de TARPS hasta que yo me recupere.

- Tengo una discapacidad ambulatoria que me impide subir al autobús hasta con un levantamiento de silla de ruedas sin ayuda.
- No puedo llegar a la parada de autobús solo.
- Tengo una discapacidad cognoscitiva que me impide acordandome y o entendiendo todo que tengo que hacer para encontrar mi camino a y de la parada de autobús.
- Tengo una discapacidad visual que me impide encontrar mi camino a y de la parada de autobús.
- Tengo una condición médica severa. Mi condición causa un daño que me hace imposible para usar el sistema de ruta fijo.
- Tuna discapacidad que viene y va, puedo usar el sistema de ruta fijo durante días cuando me siento bien, pero durante días malos, yo no puedo llegar a la parada de autobús o subir al autobús.

En sus propias palabras, por favor explique por qué usted no puede usar el servicio de autobús de ruta fijo. _____

SECCIÓN TRES: INFORMACIÓN SOBRE SU USO CORRIENTE DEL SISTEMA DE AUTOBÚS DE RUTA FIJO.

1. ¿Actualmente alguna vez a usado usted el autobús de ruta fijo? ___Sí
___No
2. ¿Cuándo fue la ultima vez que usted usó el autobús de ruta fijo? _____
3. ¿Usa usted algún tipo de ayuda de movilidad o equipo de apoyo de vida?
___Sí ___No. Si sí, describe: _____

4. ¿A qué distancia puede usted viajar a pie o utilizando ayuda de movilidad?
Compruebe todo lo que se aplica:

A la tierra fuera de mi casa. _____ puedo _____ no puedo

A la banqueta enfrente de mi casa. _____ puedo _____ no puedo

Hasta tres bloques (1/4 millas). _____ puedo _____ no puedo

Hasta seis bloques (1/2 millas). _____ puedo _____ no puedo

Hasta nueve bloques (3/4 millas). _____ puedo _____ no puedo.

5. ¿Puede usted esperar levantado hasta 15 minutos en una parada de autobús? ___ Sí ___ Si si hay un refugio ___ No. Si no por favor explique

6. ¿Puede usted subir y bajar de un autobús de ruta fijo? ___ Sí ___ NO ___ A veces _____ No sé, nunca he intentado. Si usted eligiera No o a Veces, compruebe todo lo que se aplica: _____ Sólo si el autobús tiene un levantamiento de silla de ruedas. _____ No puedo subir la escalera. _____ No quiero usar el levantamiento. _____ Otro explique: _____

7. ¿Si usted puede subir y bajar de un autobús de ruta fijo, puede usted ponerse a un asiento o posición de silla de ruedas usted mismo? ___ Sí ___ No _____ A veces _____ No se.

8. Si usted eligió no o a veces, compruebe todo lo que se aplica:

_____ necesito a alguien para ayudarme. _____ necesito un asiento más cerca la puerta. _____ tengo un problema de saldo. _____ tengo un problema encontrando asiento. Otro explique: _____

SECCIÓN CUATRO: INFORMACIÓN SOBRE SU EQUIPO DE MOVILIDAD Y DISCAPACIDAD.

1. ¿Qué tipo (es) de la discapacidad (es) le impiden usar el autobús de ruta fijo? Comprueba todo lo que se aplica. discapacidad física. deficiencia/ceguera visual. desarrollo o cognoscitivo de la discapacidad. trastorno mental. condición relacionada de salud. otro explique: _____

2. Mi discapacidad es: permanente temporal no sé. Si temporal, espero que dure para otros _____ meses.

3. Comprueba todos los recursos de movilidad o el equipo que usted usa o podría usar montando un vehículo de TARTA. Caña Caña larga blanca tirantes de pierna muletas comite de comunicación andador ortopédico silla de ruedas manual silla de ruedas automático scooter de poder equipo de apoyo de la vida animal de servicio. **Si usted usa una silla de ruedas o el scooter, su firma en la Sección VIII confirma que el peso combinado de usted y su equipo cumple con la regulación de ADA de 600 libras o menos.**

SECCIÓN CINCO: EL AMBIENTE ALREDEDOR DE SU CASA A LA PARADA DE AUTOBÚS MÁS CERCA.

1. En sus palabras, describa el terreno entre donde usted vive y la parada de autobús más próximo. (describe: acera, visibilidad, tráfico de carretera, construcción, temporal, semáforos, banquetas, negocios, el terreno y algo más que usted piensa son significativos.) _____

2. ¿Hay banquetas fuera de su casa? ___Sí ___No
3. ¿Cuántos pasos están en la entrada a su casa? _____

SECCIÓN SEIS: SUS NECESIDADES DE VIAJES CORRIENTES.

1. ¿Actualmente, como hace usted para salir a lugares afuera de su casa?

2. Ponga en una lista dos o tres de sus destinos de viajes más frecuentes. _____

SECCIÓN SIETE: ENTRENAMIENTO DE VIAJES: Entrenamiento de viajes es un personalizado (individuo o grupo) instrucción que enseña las habilidades necesarias de usar la ruta fijada sistema de autobús de TARTA y llamada de paseo.

1. ¿Ha recibido alguna vez usted entrenamiento de viajes? ___Sí ___No
Si sí, quién le dio entrenamiento?
2. ¿Estaría interesado usted en recibiendo información? ___Sí ___No Si usted no comprobara por favor explique por qué usted no está interesado en entrenamiento de viajes? _____

SECCIÓN OCHO: LA CERTIFICACIÓN DEL CANDIDATO:

Conforme a los Americanos con el Acto de Discapacidades de 1990 (ADA), TARTA proporciona el servicio de Paratrásito (además del servicio de autobús regular) a alguien con una discapacidad, quien cumple con los requisitos y quién no puede usar el sistema de autobús de ruta fijo y quién viaja dentro de ¾ de millas de una ruta fija programado. Este servicio de compartir-paseo es proveía solo para aquellos viajes que el pasajero no puede hacer en el sistema de ruta fijo. Esta aplicación es querida para determinar cuando y bajo la circunstancias el candidato puede usar el compartir-paseo servicios de ADA Paratrásito.

Entiendo que el objetivo de esta aplicación es para determinar si hay tiempos cuando no puedo usar la ruta fija o el sistema de autobús de llamada de paseo y tendré que usar el sistema de Paratrásito de compartir-paseo. Entiendo que toda la información acerca de mi discapacidad será guardada confidencial y compartida solo con profesionales que estarán implicados en la determinación de mi elegibilidad. Certifico que, al mayor de mi conocimiento, toda la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Autorizo cualquier organización profesional y/o agencia puesta en una lista en esta aplicación para liberar la información acerca a mi discapacidad a la oficina de ADA a fin de determinar la elegibilidad.

Firma del Candidato: _____

Fecha: _____

Firma de padres del candidato, custodio legitimo o POA si aplicable

PARTE II

Esta forma debe ser completada por un profesional clínico: Ejemplos: Médico, Enfermero Titulado, Terapeuta Autorizado, Trabajador Social etc.....

Al Profesional Clínico que complete esta forma: el individuo que le presenta esta forma solicita servicios de Paratrásito. El servicio de paratrásito es ADA por mandato federal de los Estados Unidos (Americano con el Acto de Discapacidades) casa a casa el compartir-paseo de los servios especialmente

camioneta equipada para gente de quien su incapacidad les evita usando el sistema regular del autobús tránsito bajo ciertas circunstancias o todo el tiempo. Sólo los profesionales que tienen el conocimiento de capacidad funcional del candidato o limitaciones para usar el sistema de tránsito regular deberían completar esta forma. Por favor asístanos en la determinación de la elegibilidad verdadera de este individuo para el uso del servicio de Paratránsito. Por favor siéntase libre de atar cualquier información adicional que usted piensa ayudará con el proceso de determinación.

El nombre del candidato: _____

He conocido al candidato desde _____ (años)

Por favor ponga el diagnóstico (s) en una lista: _____

1. El candidato tiene una Discapacidad Funcional Sí No ¿Si sí, es el candidato capaz para?

¿Llegar a la banqueta por pie o aparato de movilidad sin ayuda? Sí No

¿Subir o desembarca un vehículo de tránsito usando la escalera o un levantamiento? Sí No

¿Hallazgo y ocupan un asiento (sin usar una silla de ruedas o scooter) para el viaje? Sí No

¿Con seguridad estar de pie durante montando el autobús si un asiento no está disponible? Sí No

2. El Candidato tiene la discapacidad sensorial o cognoscitiva Sí No ¿Si sí, el candidato es capaz a?

¿Comunicar direcciones, destinos y números de teléfono sobre la petición Sí No

¿Para preguntar, entender y seguir direcciones? Sí No

¿Reconocer un destino o punto de referencia? Sí No

¿Tratar sobre situaciones inesperadas y/o cambios de rutina? ___Sí
___No

¿Seguramente o eficacia, viaje por congestionados y/o instalación
complejos? ___Sí ___No

3. ¿Tiene el candidato la discapacidad visual? ___Sí ___No Si sí, por
favor describa como el daño limitaría la capacidad de candidatos de
usar el sistema de transito regular. _____

4. ¿Tiene el candidato DSM IV diagnóstico? ___Si ___No Si sí, por favor
describa como la condición limitará la capacidad de los candidatos de
usar el sistema de tránsito regular. _____

5. ¿Esta discapacidad (es) es temporal? ___Sí ___No ¿Si sí, por cuanto?

6. ¿Hay otras preocupación por la capacidad de estos candidatos de usar
el sistema de tránsito regula? ___Sí ___No Si sí, por favor describa:

7. ¿En su opinion clínica, puede alguna vez el candidato usar un autobús
estandar? (todos los autobús TARTA son 100% accesibles) ___Sí ___No
___a veces

Escribe su nombre: _____ Titulo: _____

Dirección de su oficina: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Número de autorización: _____

Firma: _____ Fecha: _____