

Solicitud ADA Complementaria de ParatranSít y Viajero (Cuidad de Glenwood Springs, Cuidad de Aspen, y Pueblo de Carbondale)

El servicio de Paratransito Complementario de la Ley de Discapacidad de los Estados Unidos (ADA) se brinda a las personas que, debido a una discapacidad accedida, no pueden viajar de manera independiente en un autobús, subir / bajar del autobús o llegar a / desde una parada de autobús. La elegibilidad para la ADA es una decisión de transporte, no una decisión médica. La elegibilidad para el servicio ADA Paratransito Complementario no se basa únicamente en la discapacidad, la edad, los ingresos, el diagnóstico médico o la falta de opciones de transporte en su área.

Es la política de la Autoridad de Transporte de Roaring Fork (RFTA) que ninguna persona calificada por otros motivos, solo por motivo de una discapacidad, se excluya de la participación, se le nieguen los beneficios o se lo discrimine de otro programa o actividad. realizado por RFTA que recibe o se beneficia de la asistencia financiera federal. RFTA cumplirá con todos los requisitos legales de las leyes y regulaciones federales y estatales en lo que respecta a las personas con discapacidades. RFTA brinda servicios de transporte de calidad sin discriminación a todas las personas, incluidas las personas con discapacidades.

RFTA determina la elegibilidad en función de las consideraciones funcionales y determina qué personas pueden beneficiarse más del servicio ADA Paratransito Complementario, y qué personas pueden ser mejor atendidas por los servicios regulares de autobuses RFTA accesibles. La dificultad en el uso del servicio de ruta fija, la inconveniencia, la inexperiencia y / o la elección personal de no utilizar esos modos de transporte no es necesariamente un indicador de si un individuo es elegible o no para usar el servicio de Paratransito ADA Complementario.

Una vez que se reciba la solicitud completa, RFTA proporcionará una determinación escrita de la carta de elegibilidad dentro de los veintiún (21) días. El coordinador de Paratransito Complementario de ADA llamará al solicitante y establecerá una cita para la evaluación de la capacidad funcional en persona, dentro de los siete (7) días posteriores a la recepción de la solicitud. *(Sin costo para el solicitante, el servicio ADA Paratransito Complementario requiere que cada individuo participe en una evaluación de la capacidad funcional en persona, que determinará el "rango de acceso" al servicio ADA Paratransito complementario).*

Las evaluaciones funcionales se realizarán en varios lugares, según el área de servicio que se solicite.

Se requiere una identificación válida con foto al momento de la evaluación.

Por favor devuelva la solicitud completada a:
Roaring Fork Transportation Authority
ADA Complementary Paratransit Service Coordinator
1517 Blake Avenue, Suite 201
Glenwood Springs, CO 81601
Correo electrónico: paratranSít@rfta.com
Fax: (970) 384-4955

* Llame al (970) 384-4855, Sí tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud.

Solicitud de Paratransito Complementario ADA

Complete esta solicitud lo más exhaustivamente posible y lo mejor que pueda. Cada pregunta debe ser respondida en su totalidad. Una vez que se reciba la solicitud completa, se comunicará con usted para coordinar una evaluación de la capacidad funcional en persona.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre Mujer

Número de Teléfono(s): _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Residencial (Sí es diferente):

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Contacto Preferido: Teléfono Correo Electrónico Correo

En caso de contacto de emergencia:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Número de Teléfono(s): _____

Método de Contacto Preferido:

Impresión Regular Letra Grande Otro idioma (especificar): _____

Otro Formato (es decir, correo electrónico): _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN DE SER CONTESTADAS:

Actual modo de transporte que utiliza:

RFTA Taxi CME Trans Care Ambulance Vehículo privado Otro: _____

¿Qué barreras le impiden acceder a los modos de transporte disponibles en su área? _____

¿Cómo esta barrera le impide utilizar esos modos de transporte? _____

ENTENDIENDO SUS NECESIDADES DE TRANSPORTE Y DESAFÍOS DE VIAJE:

¿A qué distancia esta la parada de autobús más cercana a su residencia? (aproximadamente): _____

¿Se quede ir y volver de esta parada de autobús? Sí No

¿Cambia su condición física, por lo que es imposible utilizar los servicios de autobús en un día determinado?

Sí No

En su opinión, es esta incapacidad: Temporal Condicional En Marcha Cuando viaja

¿Necesita asistencia de un asistente de cuidado personal? Sí No

¿Puedes caminar o rueda sin ayuda? Sí No

¿Tiene o ha tenido convulsiones? Sí No

¿Se puede llegar desde y hacia la acera a su residencia para acceder al servicio del servicio ADA Paratránsito Complementario? Sí No

¿Utilizas algún dispositivo de ayuda para la ambulación? (*marque todo lo que corresponda*)

Caminante Oxígeno portátil Caña Inmovilizador de Pierna(s)

Audífono(s) Muletas Scooter Eléctrico Animal de Servicio

Gafas Silla de Ruedas Prótesis Toque o Barrer la Caña

Otros (*especificar*): _____

Sí utiliza una silla de ruedas para movilidad, ¿Su peso combinado y la silla de ruedas son menos de 600 libras?

Sí No

¿En un día determinado puede (con/sin) un dispositivo de movilidad (silla de ruedas, andador, etc.) (*marque todo lo que corresponda*):

Llegar a la acera en frente de su casa Viajar hasta 1 cuadra Viajar hasta 4 bloques

No puede viajar fuera de su casa (explique): _____

¿Tienes una licencia de conducir de Colorado válida? Sí No

¿Has entregado voluntariamente tu licencia de conducir de Colorado? Sí No

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y COMPRUEBE LAS QUE MEJOR DESCRIBEN SU HABILIDAD PARA USAR LOS AUTOBUSES DE RUTA FIJA: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

- Puedo viajar en transporte público cuando me siento bien. Sin embargo, hay otros momentos en los que mi discapacidad o estado de salud empeoran y en esos momentos no puedo viajar en transporte público.
- Tengo una discapacidad o condiciones de salud que me impiden viajar en el transporte público si el clima es muy cálido o muy frío.
- No puedo subir escaleras para subirme o bajar del vehículo.
- Puedo ir y venir de vehículo, solo si hay aceras y aceras niveladas.
- No puedo usar vehículos de transporte actuales por otros motivos (explique): _____
- _____
- Mi discapacidad de las condiciones de salud hace que sea imposible viajar cuando ha nieve o hielo en el suelo.
- ¿Puedes pedir al conductor para la asistencia? Sí No
- ¿Puedes agarrar barandillas para subir y bajar del vehículo? Sí No
- ¿Puedes tirar de los cables o presionar la campana para avisarle al conductor que desea bajarse de vehículo?
Sí No
- ¿Puedes hacer una transacción/donación de tarifa en un vehículo? Sí No
- ¿Tienes problemas de memoria? Sí No
- Si es así ¿Cómo compensas? _____
- _____
- ¿Qué es lo más lejos que puede caminar al aire libre? _____

POR FAVOR, PROPORCIONE INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SUS HABILIDADES

FUNCIONALES:

Puedes...

¿Pregunte y entienda las instrucciones escritas o habladas? Sí No

¿Cruza la calle? Sí No

¿De pie por 10 minutos si no hay lugar para sentarse? Sí No

¿Sube y baja una acera desde la acera? Sí No

¿Subir y bajar 3 pasos si hay una barandilla? Sí No

¿Transferencia de un vehículo a otro? Sí No

POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE DONDE VAYA Y COMO VIVE

ACTUALMENTE:

Enumera tus 1-2 destinos más frecuentes y como llegas allí...

¿A dónde vas? _____

Dirección: _____

¿Qué tan a menudo vas allá? _____

Actualmente, ¿Cómo llegas allí? _____

¿A dónde vas? _____

Dirección: _____

¿Qué tan a menudo vas allá? _____

Actualmente, ¿Cómo llegas allí? _____

Tiene un informe/verificación de un profesional de la salud para fundamentar esta solicitud? *(no es un requisito)*

Sí No

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar si soy elegible para usar el servicio ADA Complementaria Paratransito gratuito. Certifico que la información provista en esta aplicación es verdadera y correcta

La Ley de Estadunidenses con Discapacidades de 1990 es una Ley de Derechos Civiles que requiere que las agencias de transporte público brinden servicios a las personas cuyas discapacidades les impiden acceder al Sistema de transporte público en su área. La información que proporcione nos permitirá tomar una determinación adecuada para usted. Toda la información se mantendrá confidencial. Gracias por su asistencia.

Al firmar esta solicitud, el solicitante acepta las siguientes condiciones:

1. Se requerirá una evaluación de la capacidad funcional en persona, además de esta solicitud completa.
2. Sera mi responsabilidad obtener transporte, hacia y desde, la evaluación de la capacidad funcional en persona, así como, proporcionar una identificación con foto valida en el momento de la evaluación.
3. Puedo presentar una verificación, de parte de un Proveedor de Cuidado Personal, verificando mi necesidad evaluada para los servicios ADA Complementaria Paratransit.
4. Si en algún momento ya no estoy afectado por la discapacidad como se describe en esta solicitud, mi elegibilidad para los servicios de ADA Complementaria Paratransit finalizara.

Nombre Impreso

Firma

Fecha

Si alguien que no sea el solicitante ayudo a completar esta solicitud, proporcione la siguiente información:

Nombre: _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección del Asistente: _____

Agencia (*sí corresponde*): _____

Información de Contacto (*correo electrónico, teléfono, etc.*): _____