



FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO DE PARATRANSITO ADA
(Revisado 3/2016)

Se adjunta la nueva solicitud para el servicio de paratransito de Green Bay. Revíselo detenidamente, leyendo la descripción de la discapacidad en lo que respecta a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990.

Esta solicitud y verificación profesional serán revisadas y se determinará la elegibilidad. Es extremadamente importante que ambos formularios se llenen completamente. Cualquier solicitud incompleta será devuelta. Dentro de los veintiún (21) días posteriores a la recepción de una solicitud completa, se realizará una determinación de elegibilidad. La presentación de esta solicitud no garantiza la elegibilidad. La determinación de elegibilidad se hará por escrito e informará al solicitante de la aceptación o denegación de elegibilidad y, en caso de denegación, la(s) razón(es) de la misma. En caso de que se niegue la elegibilidad, se incluirá una descripción de nuestro proceso de apelación con la determinación por escrito.

Normas de elegibilidad de paratransito de la ADA:

- Cualquier persona con una discapacidad que no puede, como resultado de una condición física o mental discapacidad (incluida la discapacidad visual), y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador de sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar), para abordar, viajar o desembarcar de cualquier vehículo en el sistema que sea fácilmente accesible y utilizable por Personas con discapacidad.
- Cualquier persona con una discapacidad que necesite la asistencia de un elevador de sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar y pueda, con dicha asistencia, abordar, viajar y desembarcar de cualquier vehículo que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidades si la persona quiere viajar en una ruta en el sistema durante las horas de operación del sistema en un momento, o dentro de un período razonable de dicho tiempo, cuando dicho vehículo no se utiliza para proporcionar transporte público designado en la ruta.
- Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición relacionada con un impedimento específico que le impida viajar a un lugar de embarque o desde un lugar de desembarque en dicho sistema.

Después de revisar la información anterior, si cree que su discapacidad puede encajar en una de las categorías anteriores, complete el Formulario de solicitud de certificación de elegibilidad de ADA adjunto. Si no cumple con los criterios definidos en este documento, comuníquese con Green Bay Metro al 448-3450.

Escriba a máquina o en letra de imprenta claramente. Aplicaciones incompletas serán regresadas.

Información del aplicante:

Número de Medicaid: _____

(También conocido como Medicaid, Título XIX o MA; no debe confundirse con Medicare)

Apellido _____

Nombre _____ MI _____

Dirección actual _____ Apto. #: _____

Ciudad: _____

Expresar: _____ Código postal: _____

Nombre de residencia (si corresponde): _____

Números de teléfono/Casa: _____

Célula: _____

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____

Sexo: M F

Idioma principal: Inglés Español Señas Otro: _____

¿Es usted miembro de alguna de las siguientes agencias de servicios sociales?

IRIS Community Care MTM Servicio Humano del Condado de Brown Care Wisconsin

Lakeland Otro: _____

Dirección postal: donde cualquier información/notificación escrita sobre Green Bay Metro

Se debe enviar el paratransito (solo **una** dirección para fines postales, por favor):

Igual que la dirección del solicitante, o **Use solo la siguiente dirección para el envío:**

Dirección: _____

Ciudad: _____ Expresar: _____ Código postal: _____

Nombre de la persona de contacto (si no es el cliente): _____

Teléfono: _____ Agencia: _____

En caso de una emergencia, indique los nombres de dos personas, que pueden incluir familiares, profesionales de apoyo, agencias u otras personas familiarizadas con su discapacidad que Metro pueda contactar:

Nombre: _____ Trabajar en casa# _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Expresar: _____ Código postal: _____

Relación _____

Nombre: _____ Trabajar en casa# _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Expresar: _____ Código postal: _____

Relación _____

1. ¿Puede utilizar los autobuses accesibles de ruta fija de Green Bay Metro para cualquiera de sus necesidades de transporte? Sí No A veces (explique) _____

2. ¿Cuál es la discapacidad que le impide usar los servicios de ruta fija de Green Bay Metro?

3. ¿Las condiciones que describió son permanentes , varían día a día o temporales ?

Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que esto continúe? _____

4. Si se le proporciona la capacitación y la práctica adecuadas, ¿podría utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Green Bay Metro? No A veces

(Explique) _____

5. ¿Cómo le impide esta discapacidad utilizar los servicios de ruta fija? (Explique completamente. Si es necesario, continúe en una hoja aparte).

6. ¿Existen otros efectos de su discapacidad u otras condiciones médicas que Green Bay Metro deba conocer? (Si es necesario, continúe en una hoja aparte).

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA ASEGURAR QUE SE UTILICE UN VEHÍCULO APROPIADO PARA PROPORCIONAR SU TRANSPORTE Y QUE GREEN BAY METRO PUEDE REALIZAR UN ANÁLISIS PRECISO DE SUS SOLICITUDES DE VIAJE.

7. ¿Cuál de las siguientes ayudas para la movilidad, si alguna, utiliza? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Silla eléctrica grande (excede ADA) |
| <input type="checkbox"/> Caminante | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico (3 ruedas) | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Otra ayuda: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación aumentativa | <input type="checkbox"/> NINGUNO | |

8. Si usa una silla de ruedas o scooter de gran tamaño, ¿cuál es el: Largo

_____ pulgadas Ancho pulgadas _____

¿El peso total de su silla de ruedas o scooter y el suyo propio exceden las 800 libras?

Sí No

9. ¿Necesitará un asistente viajar con usted en algún momento?

Sí No A veces (explique) _____

10. Cuando viaje, ¿podrá firmar su nombre en un recibo de viaje?

Sí No A veces (explique) _____

11. Responda las siguientes preguntas:

¿Se puede recorrer ½ cuadra sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Puede viajar ¼ de milla (3

cuadras) sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Puede viajar ¼ de milla (9

cuadras) sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces (explique) _____

12. ¿Puedes subir escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Sí No A veces (explique) _____

En caso afirmativo, ¿cuántos en sucesión? _____

13. ¿Puede esperar afuera sin apoyo durante 10 minutos?

Sí No A veces (explique) _____

14. Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.

Firmado _____ Fecha _____

15. Si otra persona que no sea el solicitante completó este formulario en nombre del solicitante, esa persona debe completar lo siguiente: _____ Teléfono _____

durante el día Nombre _____

Afiliación a la agencia/relación con el solicitante _____

Dirección _____

Marque aquí si toda la correspondencia del Programa debe enviarse al solicitante a esta dirección.

Firma _____

Fecha _____

Información sobre elegibilidad/certificación de ADA: 920-448-3450

Por favor devuélvalo a:

Paratransito de Green Bay Metro, 901 University Avenue, Green Bay, WI 54302 o fax 920-448-3461

Solo para uso de la oficina de Metro

N.º de identificación del cliente _____ Fecha Acción necesaria: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____ Aprobado Denegado Fecha: _____

Categoría de elegibilidad 1 2 3 Solo invierno 2/3 –

Invierno verano _____

Elegibilidad condicional: _____

Expiración temporal: _____ Aprobado por quién: _____

General

Comentarios:

Condiciones atenuantes: _____

Estado: Nuevo Temporal Recertificación

Extensión Evaluación



INFORMACIÓN MÉDICA DIVULGACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Para que Green Bay Metro evalúe su solicitud, puede ser necesario comunicarse con un profesional médico para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete la siguiente información y formulario de autorización.

El siguiente profesional de la salud está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado para proporcionar a Green Bay Metro toda la información requerida para completar esta certificación.

Terapeuta ocupacional Oftalmólogo médico
 Fisioterapeuta Enfermera registrada Otro _____

Nombre del profesional _____

Dirección _____

Ciudad _____ Expresar _____ Código postal _____ Número de teléfono _____

Su nombre (letra de imprenta) _____

Firma _____

El cliente mencionado anteriormente solicitó el servicio de paratransito subsidiado de Green Bay Metro. El servicio de paratransito de Green Bay Metro brinda transporte a personas con discapacidades que no pueden usar el sistema de ruta fija (autobús) de Green Bay Metro.

Normas de elegibilidad de paratransito de la ADA:

- Cualquier Individuo con una discapacidad que no puede, como resultado de una condición física o mental discapacidad (incluida la discapacidad visual), y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador de sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar), para abordar, viajar o desembarcar de cualquier vehículo en el sistema que sea fácilmente accesible y utilizable por Personas con discapacidad.
- Cualquier persona con una discapacidad que necesite la ayuda de un elevador de sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar y es capaz, con dicha asistencia, de abordar, viajar y desembarcar de cualquier vehículo que sea de fácil acceso y que puedan utilizar personas con discapacidades si la persona desea viajar en una ruta en el sistema durante las horas de operación del sistema en un momento, o dentro de un período razonable de tiempo, cuando dicho vehículo no se utiliza para proporcionar el transporte público designado en la ruta.
- Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición relacionada con un impedimento específico que le impida viajar a un lugar de embarque o desde un lugar de desembarque en dicho sistema.



SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Este formulario debe ser completado por un profesional médico autorizado

Querido

El formulario de autorización adjunto ha sido presentado por _____, quien ha indicado que usted puede proporcionar información sobre su discapacidad y el impacto sobre su capacidad para utilizar nuestros servicios de tránsito. La ley federal exige que Green Bay Metro brinde servicios de paratransito a las personas que no pueden utilizar los servicios de ruta fija accesible (autobús). Tenga en cuenta que cualquier condición que haga que viajar hacia o desde un lugar de embarque/desembarque, o viajar en un sistema de rutas fijas sea más difícil o menos cómodo, no son razones para la elegibilidad para el paratransito. La información que nos proporcione nos permitirá hacer una evaluación adecuada de la solicitud y su aplicación a solicitudes de viaje específicas. Gracias por su cooperación en este asunto.

Capacidad en la que conoce al solicitante: _____

Diagnóstico médico de la condición que causa la discapacidad: _____

¿La condición es temporal? No Sí Duración esperada hasta _____ ¿Cómo afecta esta condición la capacidad del individuo para usar los servicios accesibles de ruta fija (autobús) de Green Bay Metro? _____

Si se le proporciona la capacitación y la práctica adecuadas, ¿podría esta persona usar el servicio de ruta fija (autobús) de Green Bay Metro?

Sí No A veces (explique) _____ Si la persona tiene una discapacidad que afecta la movilidad, ¿es capaz de: Viajar 200 pies sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Viaja media cuadra sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Viaja ¼ de milla sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Viaja ¾ de milla sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Sube escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Sí No A veces (explique) _____ En caso afirmativo, ¿cuántas seguidas? _____

¿Esperar afuera sin apoyo durante 10 minutos?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Esta persona usa alguna ayuda para la movilidad? ¿Entonces qué? _____

¿Es esta persona capaz de negociar hielo/nieve durante el viaje?

Sí No A veces (explique) _____ ¿Esta persona puede viajar en climas extremadamente cálidos o fríos?

Sí No A veces (explique) _____

Si la persona tiene un discapacidad visual:

Agudeza visual con mejor corrección: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____ Los dos ojos _____

Campos visuales: Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____ Los dos ojos _____

Si la persona tiene un discapacidad cognitiva:

¿Es la persona capaz de hacer lo siguiente?

¿Dar dirección y números de teléfono a petición?

Sí No Sí

No

¿Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en la rutina?

Sí No

¿Pregunta, entiende y sigue instrucciones?

Sí No

¿Viaja de manera segura y efectiva a través de instalaciones abarrotadas y/o complejas?

Sí No

¿Hay algún otro efecto de la discapacidad que Green Bay Metro deba conocer? Si es así, por favor descríbalos. (Si es necesario, continúe en una hoja aparte.) _____

Tu nombre _____

Dirección de la oficina _____

Número de teléfono de la oficina _____

Número de licencia médica de Wisconsin _____

Firma _____

Fecha _____

Esta solicitud debe ser completada en su totalidad. Para obtener información sobre la elegibilidad de ADA y el proceso de certificación, comuníquese con Green Bay Metro al 448-3450.

Devuelva las solicitudes completas a:
Fax 448-3461

Coordinador de paratransito
Metro de Bahía Verde
Avenida Universidad 901
Green Bay, WI 54302-1013