

## CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD ADA PARATRANSITO

La información obtenida en este proceso de certificación sólo será utilizada por Pine Bluff de tránsito para la prestación de servicios de transporte. La información sólo será compartida con otros proveedores de transporte para facilitar el viaje en esas áreas. La información no será compartida con ninguna otra persona o agencia.

1. Nombre:

\_\_\_\_\_

2. Dirección:

\_\_\_\_\_

3. Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

4. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ocupación:

5. Nombre de Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

6. Relación con el solicitante: (Marque uno) Cónyuge Hijo La hija de la hermana  
Hermano de Padres

7. ¿Qué es la discapacidad que no le permite usar el servicio de ruta fija de Pine Bluff tránsito?

\_\_\_\_\_

8. ¿Es esta condición temporal? Sí / No

9. En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo durará la discapacidad? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

10. ¿De qué manera esta discapacidad le impide usar el servicio de ruta fija? Por favor, explique por completo. Utilice una hoja adicional si es necesario.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ¿Hay otros efectos de su discapacidad de los cuales tenemos que tener en cuenta?

\_\_\_\_\_

La siguiente información será utilizada para asegurar que un vehículo apropiado se utiliza para proporcionar el transporte y que un análisis preciso de sus solicitudes de viaje se puede hacer por Pine Bluff tránsito.

12. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas a la movilidad? (Marque todo lo que corresponda)

Silla de ruedas manual \_\_\_\_\_ Silla de ruedas eléctrica Silla eléctrica o motorizada \_\_\_\_\_ Caña

Operador de muletas \_\_\_\_\_ Cuidado Personal Perro Guía \_\_\_\_\_ Otro

13. ¿No encuentra el asistente de cuidado personal cuando viaja usar el transporte? Sí / No

Por favor marque la respuesta apropiada a las siguientes preguntas: Sí No A veces

14. ¿Se puede viajar 200 pies sin la ayuda de otra persona?                    θ   θ   θ

15. ¿Se puede viajar un cuarto de milla sin la ayuda de otra persona? θ   θ   θ

16. ¿Se puede subir tres escalones 12 pulgadas sin ayuda?                    θ   θ   θ

17. ¿Se puede esperar fuera sin apoyo durante diez minutos?                    θ   θ   θ

Con el fin de permitir a Pine Bluff tránsito para evaluar su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con un médico u otro profesional para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete el siguiente formulario de información y autorización.

La siguiente Physician\_\_ Salud Professional\_\_ Rehabilitación Professional\_\_ (marque uno) está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información a Pine Bluff tránsito requerido para completar la certificación.

Nombre del médico u otro Oficial Salud

Dirección

Código postal Calle Ciudad Estado

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax

16. Por la presente certifico que la información proporcionada es correcta y autorizo la liberación de información adicional del proveedor de atención médica enumerados anteriormente con el fin de completar esta certificación.

Firmar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si no es el solicitante, ¿cuál es su relación con el solicitante? \_\_\_\_\_