



1427R Water Street Fitchburg, MA 01420
978-345-7711/800-922-5636/TDD 1-800-789-0577

Informacion sobre los servicios de MART están disponibles en formatos accesibles a petición

ACTÚAN DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA) APLICACIÓN DE SERVICIO DE PARATRÁNSITO

ADA Servicio de Para-tránsito es el transporte de acera a acera, jinetes deben poder ayudarse a sí mismos de la acera a su destino o proporcionar su propia escolta cuando sea necesario. **Se espera que las personas con discapacidad que es capaces de llegar a o desde la ruta de autobús y entender cómo utilizar el sistema de autobús para utilizar el servicio de autobús de ruta fija.** El hecho de que utilizando el servicio de autobús es difícil o inconveniente no es motivo suficiente para elegibilidad; **una persona debe ser impedida de acceder o navegar por el servicio de autobús a ser considerado elegible para el servicio de para-tránsito.** Se trata de una decisión de transporte, no una decisión médica.

MART tiene 21 días siguientes a la presentación de una solicitud completa, para procesar la solicitud. Si MART no ha hecho una determinación de elegibilidad después de 21 días, el solicitante será tratado como elegible y MART proporcionara hasta que se determine la elegibilidad o la negación

POR FAVOR IMPRIMIR:

Nombre _____
Dirección _____
Teléfono _____
Fecha de Nacimiento _____

Entiendo que para ser certificada para usar el servicio de Paratransito ADA debo tener una discapacidad que me incapaz de usar la servicio de ruta fijo de MART hace. Estoy proporcionando la necesaria certificación de médicos.

Firmas del solicitante _____

Fecha _____

Si el solicitante no puede firmar su o su guardián legal de nombre debe firmar:

MÉDICO DE CERTIFICACIÓN:

Se ha solicitado por su paciente para proporcionar información a MART sobre su discapacidad y su impacto sobre su capacidad para utilizar nuestro servicio de tránsito. Los Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990 requiere que MART proporcionan servicios de "paratransito" a cualquier persona cuya discapacidad impide el uso de nuestro sistema de autobuses. Entienda por favor que el diagnosis solamente, potencialmente de limitar enfermedad o la condición, no es suficiente. La información que usted proporcione nos ayudará en la determinación de la capacidad funcional del solicitante para usar el transporte público. ** Nota: Observar por favor todos los autobuses fijos son elevación equipada.

¿Cuál es la condición médica que impide que este individuo use el servicio de autobús de la ruta?

Duración prevista de la discapacidad _____

Firma del médico _____

Nombre impreso _____

Dirección _____ Teléfono _____

Por favor devuelva la solicitud completada a: MART, 1427R Water St, Fitchburg, MA 01420

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

_____ Esta certificado/a por MART como elegible para Paratransito de ADA.

La elegibilidad del solicitante:

_____ Permanente (recertificación toma lugar cada 48 meses para las personas con una discapacidad permanente)

_____ Temporal Duración _____

_____ Queda denegado ADA paratransito certificación por MART

Razón de la Negación: _____

Si esta aplicación es ser llenada por una persona distinta de la certificación de solicitante de persona, por favor complete lo siguiente:

Nombre _____ Teléfono _____

Relación a los solicitantes _____

Compruebe todas las que apliquen:

Tengo una discapacidad cognitiva que impide que me recuerde y la comprensión de todo lo que tengo que hacer para encontrar mi camino hacia y desde una parada de autobús o montar en el autobús.

Tengo una discapacidad visual que me impide encontrar mi camino y la parada de autobús.

Tengo un deterioro de la audición que se me hace difícil comunicar o escuchar anuncios.

Tengo una condición médica severa. Mi condición produce un deterioro que es imposible para mí utilizar el servicio de autobús fijo.

Otros _____

¿Cuál de las siguientes ayudas de movilidad usted utiliza? (Marque todas las que correspondan)

Baston Silla de Ruedas Manual Animales de Servicio

Caminante Silla de ruedas eléctrico Otros _____

¿Tiene un asistente de Cuidado Personal que viajarán con usted?

Siempre A Veces No

¿Eres capaz de leer, escuchar, entender y procesar información, horarios o instrucciones que son necesarios para tomar decisiones necesarias durante un viaje en autobús?

Sí No A Veces

En caso que no o a veces, por favor explique: _____

¿Puede utilizar un teléfono para hacer llamadas y obtener información sobre el servicio de autobús?

Sí No A Veces

En caso que no o a veces, por favor explique: _____

¿Puede usted identificar hitos o identificar el autobús correcto y viajar en el sistema de tránsito de forma independiente?

Sí No A Veces

En caso que no o a veces, por favor explique: _____

¿Puede encontrar su camino entre ubicaciones que resulta familiar? Sí No

¿Puede usted señalar el conductor para bajarse en la parada de autobús familiar? Sí No

¿Usando una ayuda de movilidad, o por su cuenta, hasta qué punto es que puede viajar sin la ayuda de otra persona?

Necesito asistencia constante Menos de 200 pies ¼ Milla (3 cuadras)

¿Su incapacidad le impide llegar o esperar en una parada de autobús? Sí No

En caso que si, marque todas las que correspondan a usted:

No puedo estar de pies durante largos períodos de tiempo

No puedo encontrar la parada porque me hace confundido

Necesito alguien que me ayude a llegar

Podría con el entrenamiento

No quiero montarme en el autobús

La tierra es demasiado desigual o escarpada para que consiga llegar

No puedo ir lejos

Otros (explicar) _____
