

ADA

Solicitud de RIPTA Certificación Servicio paratransito ADA

La Ley para los Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act (ADA) requiere servicios de transporte público comparable (paseo paratransito) para las personas con discapacidad que no están en condiciones, debido a su discapacidad, para utilizar una ruta fija de autobús regular de RIPTA.

Si usted cree que tiene una discapacidad que le impide usar el autobus de RIPTA regular, porfavor complete esta solicitud y volver a la dirección que aparece a continuación. Si usted es elegible, usted puede ser aprobado para todos, o sólo a algunos viajes.

Es importante tener en cuenta que todas las partes de esta aplicación debe ser completado, incluyendo las secciones requeridas por el profesional de la Salud. **Usted, en calidad de demandante, son responsables de la realización de la totalidad de este derecho.** También puede ser necesario para completar una evaluación profesional en el laboratorio de RIPTA de elección.

RIPTA le notificará en un plazo de 21 días de la recepción de su **solicitud completada**

Con respecto a su elegibilidad para Servicio paratransito ADA.

Copias de esta aplicación están disponibles en formatos accesibles a petición suya

Nota: hay un cargo de \$4.00 por cada viaje en todos los viajes ADA. Si puede utilizar un autobus regular RIPTA, llame 784-9500 ext. 604, para solicitar una gratis o a mitad de precio el pase.

Enviar solicitud a:
RIPTA
Coordinador de ADA
705 Elmwood Ave.
Providence, Rhode Island 02907

Número de Fax: (401) 461,8210

**Tines preguntas sobre el
programa de ADA?
Llamar al (401) 461-9760
RI Relé TDD (800) 745-5555 o 711**

**Sección I
Información Personal**

Por favor imprima

1. Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
2. Dirección: _____ Apt.# _____
3. Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
4. Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenina
(Día/Mes/Año)
5. Teléfono durante el día: _____ Telephone móvil: _____
6. Número de Seguro Social : _____
7. Utiliza el Programa para, los viajes medicos, nutricionales o de cuidado del dia?

8. Capacidad de lenguaje (Por favor marque todas las que correspondan)
 Inglés Español Otros (por favor, especifique) _____
9. Contacto de emergencia: _____ Numero de trabajo: _____
Teléfono móvil: _____
10. Relación: _____ Teléfono de casa: _____
11. Por favor, describa su discapacidad y explicar cómo se le impide utilizar
RIPTA de Servicio regular de autobús:

12. Esta condición es temporal. Sí No
Si la respuesta es Sí, la duración esperada? _____

Sección I
Información Personal (continuación)

13. Hay algún otro tipo de problemas de salud o discapacidades que afectan a su Capacidad para utilizar el autobus? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Sección II
Información sobre la movilidad

14.Cuál de estas ayudas de movilidad o el equipo que se utiliza para ayudarle a obtener

Baton

Baston Balanco

Walker

Muletas

Silla de Ruedas

Silla de Ruedas Electrica

Ningunos

Animal de Service

Tarjeta Imagen tablero

Tablero Alfabetico

Otros

Silla/dispositivo de movilidad superior a 30 x 48 pulgadas o 600 libras? _____

15. Con una ayuda a la movilidad , o por su propia cuenta, ¿cuántos bloques puede caminar sobre

Nivel del suelo (1 bloque = 500 pies)?

Número de bloques: _____

16. Necesita un acompañante o asistente cuando se va de viaje?

Sí

No

17. Su discapacidad le impide llegar a la parada de autobús?

Sí

No

Por favor explique: _____

Sección II
Información sobre la movilidad (continuación)

4

18. Puede subir tres escalones con pasamanos sin ayuda?

Sí

No

Por favor
explique:

19. Su Condicion le permite esperal a fuera quando el clima esta frio?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, sírvase describir las condiciones no puede tolerar? _____

20. Se puede subir o bajar de un autobús estándar con un ascensor para Sillas?

Sí

No

Explique si es necesario: _____

Sección II
Información sobre la movilidad (continuación)

21. Es usted capaz de moverse de forma independiente sin ayuda?

Sí

No

22. Es usted capaz de pedir, entender y seguir las instrucciones?

Sí

No

23. Si esta aplicación se ha realizado por una persona distinta del solicitante, la persona debe realizar las siguientes operaciones:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) ____ - ____ Firma: _____ Fecha: _____

Se ha completado la sección del solicitante de la subvención. Por favor, dar toda esta aplicación para el profesional de la Salud más familiarizados con la limitación funcional.

Por la presente autorizo RIPTA Programa y su viaje a recibir cualquiera de mi protegida de la salud y de la información personal, y revelar cualquier de

Esta información a las entidades responsables del pago de las operaciones de atención de la salud, tratamiento, o de otro modo permitido O requerida por la Regla de Privacidad y en el cumplimiento de todas HIPAA Reglamentaciones Federales.

Entiendo que, a fin de permitir que RIPTA para evaluar mi solicitud, es posible que sea necesario que se ponga en contacto con el profesional de la Salud que completó la sección III de la presente solicitud, y que se me solicite para completar una evaluación profesional en el laboratorio de RIPTA de elección.

También autoriza a que profesional de la salud para utilizar mi viaje Número de ID. para programar excursiones en suspensión por nombre. Mi

Firma abajo le proporcionará la autorización.

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y exacta.

Firma: _____ Fecha: _____

Sección III
Profesional de la Salud Verificación

***Esta parte del Formulario de solicitud ha de estar terminado
 Por la atención de la Salud o rehabilitación profesional, usualmente
 Un médico o una enfermera.***

Sección III está destinada no a la verificación del estado de salud del solicitante, pero para determinar el efecto de la condición médica de la capacidad del solicitante para uso independiente Usar el autobus de RIPTA Regular su propio.

Todas las preguntas deben ser respondidas para que esta aplicación se Considere completa.

Neta: Cada Usar el autobus de RIPTA regular está equipado con un ascensor sillas para

También, si el solicitante puede utilizar un autobús normal, lo que probablemente sea elegible para un libre o 1/2-autobús pase.

24. Nombre de los solicitantes : _____

25. Capacidad en el que sabe que este solicitante: _____

26. Diagnóstico Médico o condición que causa discapacidad que impide que el Solicitante. Pueda viajar solo o sola sin acompañante _____

27. Es una condición temporal? Sí No

28. Puede el Solicitante nunca subirse a un autobús RIPTA ordinario? _____

Quando, en qué condiciones? _____

29. El demandante puede o no puede realizar las siguientes actividades?

7

(A). Capaz de subir 3, 12 pulgadas de Usar el autobus de RIPTA sin ayuda?

Poder

No puede

(B). Capaz de obtener de una parada de autobús RIPTA Regular sin asistencia?

Poder

No puede

(C). A bordo o desembarcar con independencia de un autobús RIPTA estándar con un ascensor para Sillas?

Poder

No puede

(D). El solicitante requiere un asistente/ escolta cuando viaja?

Sí

No

30. Si el solicitante tiene una discapacidad cognitiva, es la persona:

(A). Capaz de leer señales informativas, pedir o siga las indicaciones?

Poder

No puede

(B). Capaz de moverse de forma independiente?

Poder

No puede

Si no, por favor explique:

31.

Nombre del doctor _____

Título de Su probedor _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono de la oficina : _____ Fax : _____

Firma: _____

Fecha: _____

COMENTARIOS
ADICIONALES

Rhode Island Public Transit Authority
Atención: coordinador de ADA
705 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907