



GATRA (GREATER ATTLEBORO-TAUNTON REGIONAL TRANSIT AUTHORITY)
FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE PASSE DE
ACESSO ESTADUAL

E
DE DIREITO A ‘ADA PARATRANSIT’

PART B:

PARA PREENCHIMENTO PELO MÉDICO OU PROFISSIONAL DA AGÊNCIA

Prezado profissional de saúde:

A Lei ADA (para Americanos Portadores de Deficiências) de 1990 é uma lei de direitos civis que proíbe a discriminação contra pessoas com incapacidade. Para atender as suas necessidades, as empresas de transporte público de ônibus devem prestar uma variedade de serviços.

Seu paciente/cliente solicita, por nosso intermédio, que Vossa Senhona forneça informações à GATRA (Greater Attleboro- Taunton Regional Transit Authority) referentes à sua capacidade de usar nossos serviços de *paratransit*. A legislação federal exige que a GATRA (Greater Attleboro-Taunton Regional Transit Authority) forneça serviços de *paratransit* (Dial-A-Ride) para pessoas incapazes de utilizar nossos serviços de itinerário fixo de ônibus.

Esclarecemos que esta legislação é muito rigorosa ao definir quem tem o direito de receber estes serviços especializados. A pessoa deverá ter uma limitação física ou mental real que impeça seu uso de transportes públicos acessíveis com itinerários fixos.

As informações que V. Sa. fornecer descrevendo a capacidade física e mental desta pessoa nos permitirão fazer a devida avaliação do requerimento submetido conforme disposto na legislação, visando atender os melhores interesses do requerente. Todas as informações deste formulário serão mantidas em sigilo.

O processamento do requerimento desta pessoa não poderá prosseguir enquanto não recebermos de V. Sa. estas informações solicitadas. Agradecemos a sua ajuda.

Como a(s) incapacidade(s) desta pessoa causa(m) limitações funcionais capazes de afetar negativamente a sua mobilidade?

Esta condição é _____ Permanente

Temporária _____, com duração prevista de _____ meses

O requerente consegue subir escadas? ___ Sim ___ Não

Consegue ler sinalizações para sobrevivência? ___ Sim ___ Não

Consegue escutar instruções faladas? ___ Sim ___ Não

O requerente consegue viajar o serviço regular de ônibus com itinerário fixo? (*Todos os ônibus da GATRA têm acesso para cadeira de rodas*). ___ Sim ___ Não ___ Às vezes

Explicar: _____

Se o requerente tiver alguma deficiência visual, responda o seguinte:

Acuidade visual com a melhor correção:

Olho direito

Olho esquerdo

Ambos os olhos

Campos Visuais:

Olho direito

Olho esquerdo

Ambos os olhos

O requerente consegue ler sinalizações com informações? Sim Não

O requerente consegue atravessar ruas e cruzamentos movimentados? Sim Não

O requerente consegue usar serviços regulares de ônibus de itinerário fixo mesmo com deficiência visual?

Sim Não Às vezes

Se respondeu não ou às vezes, explicar:

Se o requerente tiver alguma deficiência visual, responda o seguinte:

O requerente consegue:

Dar seu nome, endereço e número do telefone se solicitado? Sim Não

Reconhecer o destino ou algum ponto de referência? Sim Não

Lidar com situações ou alterações inesperadas na rotina? Sim Não

Pedir, compreender e seguir instruções? Sim Não

Viajar com segurança e efetividade atravessando instalações complexas e/ou superlotadas? Sim Não

Descreva outras limitações funcionais eventuais que afetem a mobilidade desta pessoa e não descritas anteriormente:

IMPORTANTE – VIDE VERSO!

CREDENCIAMENTO PROFISSIONAL E AUTENTICAÇÃO

Atesto que estas informações estão corretas, salvo melhor juízo e convicção.

DATA: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: _____

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DA LICENÇA EM MASS: . _____

TELEFONE: _____

NOME DO PACIENTE: _____

Envie o formulário preenchido para:

GATRA
2 Oak Street
Taunton, MA 02780
Attn: Stacy Forte