



**ENTIDAD DE TRÁNSITO REGIONAL DEL GRAN ATTLEBORO-TAUNTON
PASE DE ACCESO EN TODO EL ESTADO
Y
ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO DE LA ADA
FORMULARIO DE SOLICITUD**

PARTE B:

A SER COMPLETADO POR UN MÉDICO O PROFESIONAL DE UNA AGENCIA

Estimado profesional de servicios de atención de la salud:

La Ley de Norteamericanos con Incapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés) es una ley de derecho civil que prohíbe la discriminación contra las personas con incapacidades. Para satisfacer sus necesidades, las compañías de autobuses públicos deben proveer una variedad de servicios.

Su paciente o cliente ha solicitado que provea información a la Entidad de Tránsito Regional del Gran Attleboro-Taunton (GATRA) sobre su capacidad para usar nuestros servicios de tránsito. La ley federal requiere que la Entidad de Tránsito Regional del Gran Attleboro-Taunton (GATRA) provea el servicio de paratránsito (Dial-A-Ride) a personas que no pueden usar nuestro servicio de autobús con ruta fija.

Por favor, entienda que la ley es bastante estricta al definir quién es elegible para este servicio especializado. Una persona debe tener una limitación funcional física o mental que prohíba el uso del transporte público accesible con ruta fija.

La información que usted provee describiendo la capacidad física y mental de esta persona nos permitirá realizar una evaluación apropiada de su solicitud para cumplir los requisitos de la ley y los mejores intereses del solicitante. Toda la información en este formulario será tratada con confidencialidad.

El procesamiento de la solicitud de esta persona no puede ser completado hasta que recibamos esta información de su parte. Muchas gracias por su ayuda.

¿Cómo causa la incapacidad o incapacidades de esta persona limitaciones funcionales que afectan adversamente su movilidad?

Es esta condición _____ Permanente

Temporalia _____, la duración esperada es _____ meses

¿Puede el solicitante subir escaleras? ___ Sí ___ No

¿Leer carteles de supervivencia? ___ Sí ___ No

¿Escuchar instrucciones vocales? ___ Sí ___ No

¿Puede el solicitante usar el servicio regular de autobús con ruta fija? *(Todos los autobuses de la GATRA se pueden acceder con una silla de ruedas.)* ___ Sí ___ No ___ Algunas veces

Explicación: _____

Si el solicitante tiene un impedimento visual, por favor complete lo siguiente:

Capacidad visual con la mejor corrección:

Ojo derecho Ojo izquierdo Ambos ojos

Campos visuales:

Ojo derecho Ojo izquierdo Ambos ojos

¿Puede el solicitante leer carteles con información? ___ Sí ___ No

¿Es capaz de cruzar calles e intersecciones con mucho tránsito? ___ Sí ___ No

¿Es el solicitante capaz de usar el servicio regular de autobús con ruta fija a pesar de su impedimento visual?

___ Sí ___ No ___ Algunas veces

Si respondió no o algunas veces, por favor explique:

Si esta persona tiene una incapacidad cognitiva, por favor complete lo siguiente:

Es él o ella capaz de:

Dar su nombre, dirección y número de teléfono si se lo piden ___ Sí ___ No

Reconocer un destino o monumento ___ Sí ___ No

Enfrentar situaciones inesperadas o cambios inesperados en su rutina ___ Sí ___ No

Preguntar, entender y seguir indicaciones ___ Sí ___ No

Viajar con seguridad y eficacia en lugares complejos y/o con muchedumbres ___ Sí ___ No

Por favor, describa cualquier otra limitación funcional que afecte la movilidad de esta persona que no se describe más arriba:

IMPORTANTE – VER AL DORSO

CERTIFICACIÓN Y VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Certifico que esta información es completa según mi conocimiento.

FECHA: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

NÚMERO DE IDENT. DE LA LICENCIA DE MASSACHUSETTS: _____

TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Envíe el formulario completado a:

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