



TRANSPORTE ADA ELEGIBILIDAD Y INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN

Estimado cliente:

Gracias por solicitar información sobre la elegibilidad para nuestro "Paratransit ADA" de servicios. Se adjunta una copia de aplicación de ADA Paratransit. **Por favor, lea esto y el material adjunto cuidadosamente antes de completar la solicitud.**

El acto "Americans with Disabilities Act de 1990" (ADA) requiere Metro para proporcionar el transporte público equivalente a los individuos con discapacidades que no pueden abordar, viajar o llegar a un accesible autobús de ruta fija debido a su discapacidad. Este servicio debe ser comparable al servicio que se proporciona a las personas sin discapacidad. La ley es muy específica en cuanto a quién y en qué circunstancias elegibilidad podrá concederse a usar el transporte Paratransit. Elegibilidad Paratransit no se asume automáticamente a causa de una discapacidad.

Usted o la persona designada por completo debe responder todas las preguntas. Una explicación detallada de cómo su discapacidad hace que sea funcionalmente imposible para que usted utilice un autobús accesible que se requiere y debe certificar que la información es completa y correcta al firmar y fechar. Usted también encontrará un formulario de verificación médica / profesional para ser completado por su médico o agencia médica. **Por favor, complete su aplicación lo más completamente posible.** Las preguntas que nos ayudarán en la determinación de las limitaciones específicas que pueda tener en el uso de nuestro servicio.

Será necesario que un médico con licencia (no un pariente o amigo) que usted ve sobre una base profesional para completar la parte de verificación médica de su solicitud. Esta persona puede ser una enfermera registrada, trabajador social, médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, un quiropráctico, un patólogo del habla, asistente médico, enfermera practicante o consejero de salud mental contratados por un centro médico. Póngase en contacto con nuestra oficina si necesita ayuda para llenar la solicitud.

TANTO EL CLIENTE COMO PROFESIONAL MÉDICO FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEBE LLENAR Y PRESENTAR JUNTO. SI LOS ARTÍCULOS ESTÁN EN BLANCO DE LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTO A USTED COMO incompleto y VOLUNTAD RETRASAR EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN.

La información que proporcione en esta aplicación es confidencial.

Todos los aplicaciones, ya sean nuevas o de las personas que soliciten la recertificación, debe llenar una solicitud nueva. El proceso de certificación ADA puede implicar una entrevista en persona y / o evaluación funcional para determinar sus habilidades para usar Metro 's servicio de ruta fija.

Si usted reúne los requisitos para el servicio de MOBY, su elegibilidad será para uno de los tipos o condiciones siguientes:

1. ELEGIBILIDAD CONDICIONAL: Usted es capaz de utilizar los autobuses de ruta fija para algunos de sus viajes, y calificar para el servicio de Paratransit ADA para otros viajes.

2. ELEGIBILIDAD INCONDICIONAL: Su discapacidad o condición de salud siempre le impide utilizar los autobuses públicos y reúne los requisitos para Paratransit ADA para TODOS de sus viajes.

3. ELEGIBILIDAD TEMPORAL: Usted tiene una condición de salud o discapacidad que temporalmente le impide utilizar los autobuses públicos.

Se determina en base a la capacidad de un individuo para abordar, viajar y desembarcar de forma independiente a partir de un pleno acceso de ruta fija del vehículo. La estructura del terreno y arquitectónico también se consideran. Es importante que todos los aspirantes a darse cuenta de que esta es una decisión transporte, no una autorización médica.

La falta de servicio de ruta de metro en una zona o en momentos específicos de programación no reúne los requisitos de elegibilidad MOBY. MOBY ofrece servicio en los tres cuartos de milla fuera de una línea de autobuses Metro en tanto que las mismas rutas y horarios de las rutas fijas de los servicios de autobús están disponibles.

La determinación de su elegibilidad será hecha por el MOBY dentro de los 21 días siguientes a la recepción de la solicitud completa. MOBY le notificará por escrito la decisión sobre su elegibilidad para el servicio de transporte ADA. Si se determina que usted es capaz de utilizar el sistema de ruta fija y no son elegibles para el servicio de paratransito, MOBY le explicará la razón de esta determinación. Si se determina que no es elegible para el servicio de MOBY, o no está satisfecho con su tipo de elegibilidad puede apelar la decisión. Una solicitud por escrito a la junta **TAC** debe ser recibida dentro de los 60 días a partir de la carta de denegación. Simplemente envíe una carta diciendo que usted desea apelar la decisión que se tomó y por qué cree usted debe ser elegible para el servicio de Moby. Adjunte copias de cualquier otra información pertinente. La recomendación de apelación es la determinación final. Sólo se podrá volver a presentar una solicitud, si su condición empeora. (MOBY) la notificación no será proporcionada durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no se puede concluir el plazo de 30 días.

(TAC) el tránsito COMITÉ ASESOR DE Subcomité de Apelación está compuesto por diez (10) personas que son clientes locales, clientes paratransito tránsito de autobuses, y otros individuos que tienen conocimiento de la Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990. El Comité Asesor de Tránsito se reúne mensualmente y ha estado en existencia desde el verano de 1972.

Las apelaciones deben hacerse por escrito y enviarse a:

Metro
A la atención de: (TAC)
2222 Cuming St.
Omaha, Nebraska 68102-4392

MOBY PARTICIPACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ACUERDO

1. Nombre del Solicitante: _____
2. Declaro que el solicitante es capaz de montar MOBY sin ser un peligro para sí mismo / a, otros pasajeros o porque tiene el / los jóvenes.
3. Estoy de acuerdo en que un asistente de cuidado personal para acompañar al solicitante es necesario si el cliente no está lo suficientemente alerta para estar al tanto de sus alrededores debido a la discapacidad física y / o mental.
4. Si el solicitante requiere de un asistente de cuidado personal, el tutor y el proveedor de cuidado / legal debe proveer un adulto responsable que acompañe al solicitante de ida y vuelta al destino. La operadora no se le cobrará por el viaje.
5. Estoy de acuerdo en informar MOBY sobre cualquier cambio en el equipo antes de la programación de paseos. Si los cambios de candidatos a los equipos que proporciona menos ayuda (ejemplo: silla de ruedas al andador) un certificado médico debe ser dado a Moby incluyendo la conveniencia, o la razón, el nuevo equipo se va a utilizar.
6. Estoy de acuerdo en informar MOBY sobre cualquier cambio que hace que el solicitante no elegible para los servicios de Moby.
7. Liberación de responsabilidad: Se entiende por el suscrito solicitante / representante solicitante que Moby, sus funcionarios, empleados y sus sucesores y cesionarios, compañías de seguros se liberan de responsabilidades y no será responsable de juegos de la ley todos y cada uno, reclamos, pérdidas, responsabilidades o daños por lesiones personales o daños materiales a causa de su cliente por su / discapacidad mental o física, hacia y desde su su / puerta del vehículo, y hacia y desde su su / destino.
8. El abajo firmante se compromete a seguir y todas las condiciones de este acuerdo.

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre escrito del solicitante: _____

Firma del padre, madre o tutor legal:

_____ Fecha: _____

Imprimir Nombre _____

Relación con el Solicitante _____ Teléfono _____

Acerca de la Discapacidad

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidad le impide usar el servicio de bus estándar (marque todo lo que aplica?)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> la discapacidad visual / ceguera |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> no |

2. ¿Son las condiciones que se describen? Permanente Temporal

Si es temporal, ¿cuánto tiempo esperar para tener esta discapacidad? ____ / ____ / ____ (Fecha)

3. ¿Cuál de los siguientes ayudantes de movilidad, si usa usted para ayudarle a llegar a donde necesita ir? **(Por favor, marque todas las que apliquen.)**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caña | <input type="checkbox"/> Extra grande silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Caña blanca grande | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Tarjeta de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Portátil de oxígeno | <input type="checkbox"/> de silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Carrito | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | |

4. ¿Utiliza una silla de ruedas manual o eléctrica o scooter? Sí No

¿Qué tan ancha es? Pulgadas _____ ¿Cuánto tiempo hace? _____ Pulgadas

¿Cuánto de su silla de ruedas o un scooter cuando pesan en libras _____ uso.

5. ¿Eres capaz de esperar 15 minutos en una parada de público con su dispositivo de movilidad?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

6. ¿Se puede transferir desde su silla de ruedas a un asiento en un vehículo? Sí No

7. ¿Eres sensible al calor? Sí No **En caso afirmativo, por favor explique:**

5

8. ¿Eres sensible al frío? Sí No **En caso afirmativo, por favor explique:**

9. HAY otro clima / condiciones de iluminación (viento, oscuridad / brillo) afectan a su discapacidad?

En caso afirmativo, por favor explique:

10. Su respiración ¿Es afectada por el clima o las condiciones ambientales?

Sí No A veces - Si "Sí" o "A veces", explique:

11. ¿Se cambio su discapacidad después de un tratamiento médico / medicamento?

Sí No A veces - Si "Sí" o "A veces", explique:

12. ¿Hay algún otro comentario o información adicional relacionada con su discapacidad que le gustaría explicar o debemos ser conscientes de ?

8. ¿Eres capaz de llegar y regresar independientemente a la parada del autobús de su barrio?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

9. ¿Eres capaz de esperar fuera sin la ayuda o el apoyo a quince (15) minutos?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

10. ¿Hay barreras que le impiden ir y venir de la parada del autobús?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

11. ¿Eres capaz de salir y regresar a sus destinos regulares (local parada de autobús) de forma independiente?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

12. ¿Eres capaz de viajar sobre superficies planas con buen tiempo?

13. ¿Eres capaz de viajar en pendientes leves en el buen tiempo? Sí No A veces –

Si "No" o "A veces", explique: _____

14. ¿Podría esperar si hubiera un asiento o parada de autobús? Sí No A veces –

Si "No" o "A veces", explique: _____

15. ¿Podría esperar si no había un asiento o parada de autobús? Sí No A veces –

Si "No" o "A veces", explique: _____

16. ¿Podría pagar la tarifa por poner monedas o billetes en la caja de cobro, o cuando muestren un pase al conductor del autobús? Sí No A veces –

Si "No" o "A veces", explique: _____

17. ¿Eres capaz de llamar de forma independiente y realizar o cancelar las reservas de viaje?

Sí No - Si "N o", por favor explique:

18. ¿Se puede esperar solo en tu residencia y los lugares a los que viaja?

Sí No - Si "N o", por favor explique:

19. ¿Podría independientemente montar en un taxi si se proporcionaron?

Sí No - Si "N o", por favor explique:

20. ¿Cuanto tiempo eres capaz de esperar el autobús en llegar?

_____ Minutos.

21. ¿Eres capaz de dar direcciones y números de teléfono a pedido?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

22. ¿Eres capaz de hacer, entender y seguir instrucciones?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

23. ¿Eres capaz de hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en la rutina?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

24. ¿Necesita los servicios de un Asistente de Cuidado Personal (PCA) cuando viaja? (Esta persona no es un compañero o acompañante, pero alguien que se le está ayudando con la ayuda de movilidad, cuidado personal, comunicación, transporte, interpretación de lenguaje de señas, la prestación de servicios como lector, etc, mientras hace su viaje).

Sí No:

Por favor, indique el nombre **Asistente de Cuidado Personal**. _____

Por favor, indique el nombre **Asistente de Cuidado Personal**. _____

(Para que su asistente de cuidado personal a ViJe con usted sin costo, usted debe informar al personal de la oficina MOBY que será acompañado por un asistente de cuidado personal al hacer su solicitud de viaje. El asistente de cuidado personal es el responsable de ayudar a usted, No Metro (MOBY).

Subir y bajar del autobús

1. ¿Ahora, usa el servicio de ruta regular? Sí No A veces **por favor explique:**

2. ¿Eres capaz de reconocer los cambios en su estado mental / emocional que no le permite usar el servicio de ruta regular? Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

3. ¿Tiene que subir y bajar escaleras en su casa o residencia?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

4. ¿Puede con seguridad e independencia subir y bajar tres (3) 12 pasos pulgadas?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

5. ¿Eres capaz de abordar, viajar o salir de un autobús accesible en silla de ruedas sin ayuda?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

6. ¿Eres capaz de agarrar mangos o baranda mientras que subir o bajar de un autobús?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

7. ¿Eres capaz de abordar o salir de un vehículo que dispone de ascensor o reclinatorio que baja la parte delantera del autobús?

Sí No A veces - Si "No" o "A veces", explique:

8. ¿Eres capaz de subir y bajar de un autobús sin ayuda? Sí No

A veces - Si "No" o "A veces", explique:

9. ¿Alguna vez has tenido un entrenamiento para aprender a viajar alrededor de la comunidad o cómo utilizar los autobuses de ruta fija? Sí No

10. ¿Hay algo que te puede ayudar a tomar el autobús **(Por favor marque todo lo que corresponda)**:

- Sí, si alguien me enseñó a entender la información de las rutas, horarios y precios []
- Sí, si alguien me enseñe a usar el autobús []
- Sí, aprender a coger el autobús de utilizar el elevador []
- Sí, si el autobús viniera más cerca de donde yo vivo y tiene que ir []
- No, ninguno de estos sería ayuda []

Divulgación de información

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta aplicación es para determinar mi elegibilidad para usar Metro (MOBY) Servicio de paratransito. Por la presente autorizo a mi profesional de la salud para divulgar información acerca de mi discapacidad y su efecto sobre mi capacidad para viajar, lo que puede ser necesaria en relación con mi solicitud de certificación ADA paratransit elegibilidad.

Estoy de acuerdo en notificar Metro (MOBY) Servicio de paratransito de cualquier cambio en el estatus de mi discapacidad que afecta a mi capacidad para usar el servicio de paratransito. Por la presente certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la denegación de servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y sólo la información necesaria prestación del servicio Pido será revelada

Por la presente certifico que soy la persona que solicita la certificación para el servicio de transporte ADA y que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta:

Firmado: _____ Fecha: _____

Nombre escrito del solicitante: _____

Si el solicitante es menor de edad o tiene un tutor legal del padre o tutor deberá firmar esta solicitud, y dar fe de la veracidad de la información contenida en este documento.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el Solicitante _____ Teléfono _____

La siguiente parte de la solicitud debe ser llenada por un médico o profesional de servicios humanos que está familiarizado con condición de discapacidad del solicitante y / o limitación funcional.

En el espacio de abajo, **escriba claramente** el nombre del profesional que va a verificar su aplicación y especifique su / su posición.

Nombre del profesional _____

Afiliación profesional:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico con licencia | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta con licencia |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional con licencia | <input type="checkbox"/> Trabajador social con licencia |
| <input type="checkbox"/> Enfermera (LPN o RN) | <input type="checkbox"/> Psicólogo certificado |
| <input type="checkbox"/> Certificado rehabilitación | <input type="checkbox"/> Patólogo del habla |
| <input type="checkbox"/> Visión especialista | <input type="checkbox"/> Orientación / movilidad especialista |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra, psicólogo o
Consejero de salud mental | <input type="checkbox"/> audiólogo / audición especialista |
| | <input type="checkbox"/> Oftalmólogo |

Esta página en blanco

Verificación del Médico de la Discapacidad

ESTA PARTE DEL FORMULARIO DEBE ESTAR FIRMADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO, un certificado o licencia que esté tratando al SOLICITANTE

Estimado profesional de atención médica:

La Americans with Disabilities Act de 1990 (ADA) requiere que las agencias de transporte público para ofrecer un servicio de paratransito para personas cuyas discapacidades les impiden utilizar un bus parte o la totalidad del tiempo. Discapacidad sola y la distancia hacia y desde la parada de autobús **no sean**, por sí mismos, califican a una persona para MOBY. Inconvenientes y / o disminución de la comodidad **no son** una base para la calificación. Condición del cliente debe **impedir los** viajes en autobús. La información que usted nos proporcione nos permitirá hacer una determinación apropiada para este solicitante. Toda la información se mantendrá confidencial. *¡Gracias por tu ayuda.*

Nombre del cliente _____

Por favor, no escriba "diagnóstico" como la razón el solicitante servicio paratransit banqueta a banqueta. Necesitamos información detallada acerca de cómo la condición o discapacidad hace que sea funcionalmente imposible para el solicitante de utilizar nuestros autobuses urbanos. Nuestra evaluación es una decisión transporte, no una autorización médica.

La ley es muy específica en cuanto a quién y en qué circunstancias elegibilidad podrá concederse a usar el transporte paratransito MOBY:

Des de enero de 2001 todos los autobuses de la ciudad de Metro tiene características de accesibilidad:

- Todas están equipadas con ascensores o rampas para sillas de ruedas, junto con los dispositivos de sujeción.
- La mayoría de los autobuses tienen una capacidad de rodillas. (Puede ser bajada para facilitar el embarque)
- Aproximadamente el 30% de los autobuses tienen sólo un escalón por encima del bordillo.
- Los conductores de autobuses anuncian los puntos de transferencia y todas las paradas solicitadas.
- Servicio al Cliente de línea de teléfono (s) están disponibles para proporcionar información sobre autobuses horario y asistir a los clientes con su viaje de enrutamiento, incluyendo transferencias entre las rutas de autobús.

**MOBY
341-0800
FAX (402) 342-0949
2222 CUMING STREET
OMAHA, NEBRASKA 68102 -4392**

Verificación Médico / Profesional
(No es una solicitud de copias de los registros médicos)

Nombre del solicitante: _____

1. Por favor, indique la fecha de su último examen de este solicitante: ____ / ____ / ____

2. Basándose en su conocimiento de la condición del paciente, es la información proporcionada en las páginas anteriores, una representación razonable de su / su condición? Sí No **Si "no", por favor explique:**

3. ¿El solicitante tiene la capacidad mental para?

Dar direcciones y números de teléfono? Sí No

Reconocer un destino o punto de referencia? Sí No

Hacer frente al cambio inesperado (s) en la rutina? Sí No

Solicitar, comprender y seguir instrucciones? Sí No

Viaja con seguridad / eficacia a través de instalaciones concurridos o complejo? Sí No

4. Especifique las limitaciones funcionales que se asocian a esta condición del solicitante:

Movilidad deterioro *** Deterioro cognitivo Muscular respiratorio

Comprometida resistencia

Deficiencia visual Total Parcial

Con deficiencia auditiva Total Parcial Otro _____

*** Si esta persona tiene limitaciones funcionales debido al deterioro cognitivo, por favor indique cualquiera de los problemas siguientes que son pertinentes a este individuo:

No se puede dejar solo a esperar el transporte

Muestra un comportamiento que no es seguro para sí mismo o para otras personas que utilizan el transporte público

No se detecta vehículos que él / ella debe abordar

5. ¿Cuál es la gravedad de la condición de este individuo?

Leve Moderado Grave Profundo Crónico

6. ¿Cuál es la duración esperada de la condición de este individuo?

Temporal: Duración aproximada espera hasta ____ / ____ / ____

A largo plazo: Potencial de mejora funcional o períodos de remisión

Permanente: No expectativa de mejoría funcional

7. ¿El solicitante tiene alguna otra condición médica que MOBY debe tener en cuenta?

En caso afirmativo, describa:

8. Sírvanse describir el impacto que esta discapacidad / enfermedad tiene en la capacidad del solicitante para utilizar los autobuses de la ciudad:

9. ¿Hasta qué punto puede el solicitante caminar sin ayuda? Por favor, compruebe.

La distancia de un campo de fútbol? (300 pies)

Menos de una cuadra de distancia? (500 pies)

Una distancia de un campo de fútbol y atrás? (600 pies)

Una vuelta alrededor de una pista de atletismo? (1.320 pies)

10. ¿Usa el solicitante utiliza un dispositivo de movilidad? Por favor, marque todas las que apliquen.

Caña extra grande silla de ruedas prótesis

De largo bastón blanco silla de ruedas eléctrica Tarjeta de comunicación

Oxígeno portátil Silla de ruedas manual ninguno

Andador Scooter / carrito Otro _____

Muletas animal de servicio

11. ¿Hasta qué punto puede el solicitante viajes utilizando un dispositivo de movilidad? Por favor, compruebe

La distancia de un campo de fútbol? (300 pies)

A menos de una cuadra de la ciudad? (500 pies)

Una distancia de un campo de fútbol y atrás? (600 pies)

Una vuelta alrededor de una pista? (1.320 pies)

12. ¿La discapacidad / enfermedad impedirá al solicitante obtener o de una parada de autobús?

Sí No A veces. **Si contestó "sí" o "a veces", explique:**

13. ¿La discapacidad / condición impedir que la aplicación espera en una parada de autobús?

Sí No

¿Cuánto tiempo podría esperar el solicitante, si sentado? _____ Minutos.

¿Cuánto tiempo podría esperar el solicitante, si está de pie? _____ Minutos.

¿Cuánto tiempo podría esperar el solicitante, utilizando un dispositivo de movilidad? _____ Minutos.

14. ¿La discapacidad / condición impide al solicitante en un autobús para minusválidos Sí No A veces **Si contestó "sí" o "a veces", explique:**

15. ¿El clima afecta a la capacidad del solicitante para viajar? Sí No A veces

Si contestó "sí" o "a veces", explique:

16. ¿El solicitante ha definido médicamente sensibilidad al frío? Sí No A veces

Si contestó "sí" o "a veces", explique:

17. ¿El solicitante ha definido médicamente sensibilidad al calor? [] Sí [] No

Por encima o por debajo de lo que las temperaturas _____ Si respondió "Sí", por favor explique.?:

¿Requiere el solicitante un asistente de cuidado personal (PCA) en su Viaje? [] Sí [] No

Un Asistente de Cuidado Personal (PCA) no es un compañero o acompañante, pero alguien que estará ayudando al cliente con él / ella ayuda a la movilidad, cuidado personal, comunicación, transporte, interpretación de lenguaje de señas, la prestación de servicios como lector, etc, el cliente hace su / su viaje.

Verificación Discapacidad Visual (No es una solicitud de copias de los registros médicos)

Calidad en que conoce al solicitante

Fecha de la última visita del solicitante ____ / ____ / ____

Por favor, describa la discapacidad del solicitante / condición en la terminología del laico:

¿Cuál es el mejor candidato corregida "visión en cada ojo?

Ojo derecho: 20 / Eye ____ Izquierda: 20 / ____

¿Cuánto hace que la demandante tenía esta discapacidad visual? _____

¿Es la discapacidad visual del solicitante permanente? [] Sí [] No

Es el deterioro visual del solicitante afectado por distintas condiciones de iluminación? [] Sí [] No

En caso afirmativo, describir:

¿Es la discapacidad visual afectada por el clima? [] Sí [] No

En caso afirmativo, describir:

Restricción de campo: [R] _____ [L] _____ Fecha de la prueba: _____

Audiencia de Verificación de Deterioro (No es una solicitud de copias de los registros médicos)

Calidad en que conoce al solicitante _____

Fecha de la última visita del solicitante ____ / ____ / ____

Por favor, describa la discapacidad del solicitante / condición seglar en la terminología:

Si problemas de audición: ¿cuál es el grado de discriminación del habla convencional

Sin audífono (s) [R] _____ [L] _____ Con audífono? R] _____ [L] _____

Cognitivamente Deterioro de Verificación (No es una solicitud de copias de los registros médicos)

Calidad en que conoce al solicitante

Fecha de la última visita del solicitante ____ / ____ / ____

Por favor, describa la discapacidad del solicitante / condición seglar en la terminología:

Si deterioro cognitivo: ¿cuáles son los IQ grabadas más recientes Las puntuaciones del test de rendimiento y la fecha de las pruebas?

¿Cuál fue la fecha de inicio de estas condiciones? (Mes / año) _____

Si es temporal, ¿qué es una fecha de recuperación razonablemente anticipada para viajar de forma independiente? ____ / ____ / ____

CERTIFICACIÓN:

Yo certifico que la información que he proporcionado en este documento es una representación justa de este deterioro médico solicitante o condición y es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información proporcionada adjunto se utilizarán con el único propósito de determinar la elegibilidad del solicitante para los servicios de transporte informal. También estoy de acuerdo que Metro Puede ponerse en contacto conmigo para aclarar cualquier información que he proporcionado y voy a responder de buena fe. Yo certifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.

Profesionales de la Salud Completar Formulario: _____
(NOMBRE)

Número de licencia médico _____ Teléfono # _____ Fax # _____

Institución / Centro / Agencia Nombre _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Firma del profesional de atención médico _____ Fecha _____

Metro Area Transit Office Use Only

Date Certification Received ____/____/____

Certification Date: ____/____/____

Type

Conditional Eligibility ____

Unconditional Eligibility ____

Temporary Eligibility ____

Date Certification Denied ____/____/____

Denied Reason:

Appeal Received Date: ____/____/____
____/____/____

T.A.C. Board Received Date:

T.A.C. Board Decision: _____ Date: ____/____/____
