

Esta aplicación está disponible en Inglés, Español, y formato de impresión y Grande. Si necesita cualquier otro formato accesible, por favor llame al (910) 433-1232 (opción #4) o correo electrónico FAST@ci.fay.nc.us.



Transit Riders' A.D.A. Choice!

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO

Complete esta solicitud de la forma más completa posible y en la medida de su capacidad.

Para que se considere completa, se debe responder a **cada pregunta** del formulario.

Cuanto más información nos brinde, el personal de ADA comprenderá mejor sus capacidades.

Si quiere realizar preguntas, llame al (910) 433-1232 (opción 4).

Una vez completa, devuelva la solicitud a:

Sistema de Tránsito del Área de Fayetteville (FAST)
FASTTRAC! Revisión de la Solicitud
455 Grove Street
Fayetteville, NC 28301

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono Particular

Teléfono Celular

Dirección de Correo Electrónico

Fecha de Nacimiento (mes/día/año)

CONTACTO DE EMERGENCIA

Complete con el nombre de la persona o agencia a los cuales podemos contactar ante una emergencia:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

N.º de Teléfono Principal

N.º de Teléfono Alternativo

Dirección de Correo Electrónico

Relación con el Cliente

USO DEL SERVICIO DE AUTOBÚS DE RUTA FIJA

¿Actualmente usa usted el sistema de ruta fija del FAST?

Sí

No

¿Cuándo fue la última vez que usó el sistema de ruta fija del FAST?

¿Puede llegar a la parada del autobús por sus propios medios? Especifique uno

Sí

No

Algunas veces

Describa su discapacidad y explique de qué forma le impide usar el sistema de ruta fija FAST. Sea específico.

¿Este estado es temporario? Especifique uno

Sí, hasta (ingrese la fecha)

No

INFORMACIÓN SOBRE CAPACIDAD FUNCIONAL Y DE MOTRICIDAD

¿Utiliza usted alguna de las siguientes ayudas motrices? Marque todas las que correspondi

Silla de ruedas

Bastón

Bastón para ciegos

Muletas

Andador

Animal de servicio

Audífono

Prótesis

Otro (especifique cuál)

¿Necesita una persona para que lo ayude cuando sale de su casa?

Sí

No

Algunas veces

Si necesita una persona para que lo ayude, ¿qué tipo de asistencia le proporciona?

¿Puede subir y bajar tres pasos de doce pulgadas sin ayuda?

Sí No Algunas veces

¿Puede cruzar la calle cuando tiene disponible una rampa en la vereda?

Sí No Algunas veces

¿Puede identificar el autobús correcto para su destino?

Sí No Algunas veces

¿Puede esperar por lo menos 10 minutos en una parada de autobús que no tenga asiento o un refugio de parada de autobús?

Sí No Algunas veces

¿Qué tipo de obstáculos en su entorno le dificultan usar el autobús? Marque todas las que correspondan

Falta de rampas en la vereda

No hay aceras

Colinas empinadas

Calles concurridas que debo cruzar

Las aceras están en mal estado (tienen pozos, etc.)

Otro (especifique cuál)

¿Puede leer, oír, comprender o procesar información, horarios o direcciones que sean necesarias para tomar decisiones adecuadas durante un viaje?

Sí

No

Algunas veces

INFORMACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE AUTOBÚS ACCESIBLE DEL FAST

Viajar en el autobus del FAST es una buena alternativa para aquellas personas que pueden hacerlo. Aun cuando usted no pueda viajar en un autobús por sus propios medios, es posible que desee considerar utilizar el autobús si alguna persona lo puede ayudar. FAST le ofrece incentivos especiales en precios para los pasajeros del FASTTRAC ! que utilicen el autobús y el viaje gratis para los PCA

SU VIAJE ACTUAL

Indique sus tres (3) destinos más frecuentes y cómo accede a ellos actualmente:

Destino 1

Dirección

Frecuencia

Forma Actual de Transporte
(*Familia, amigo, taxi, etc.*)

Destino 2

Dirección

Frecuencia

Forma Actual de Transporte
(*Familia, amigo, taxi, etc.*)

Destino 3

Dirección

Frecuencia

Forma Actual de Transporte
(*Familia, amigo, taxi, etc.*)

Revise toda la solicitud para asegurarse de que todas las preguntas fueron respondidas de la mejor forma posible. Una vez que entregue el formulario, recibirá una llamada de un representante del FASTTRAC ! para coordinar una entrevista y una clase de orientación de tránsito. Todos los solicitantes deben asistir a la clase y al asesoramiento en persona, antes de que se considere si reúnen los requisitos.

RECONOCIMIENTO

Yo, el Solicitante, comprendo que el objetivo de este formulario de solicitud es determinar si reúno los requisitos para el servicio de ADA. Acepto avisar inmediatamente al Sistema de Tránsito del Área de Fayetteville (FAST) en caso de algún cambio en mi estado de discapacidad que pudiera afectar mi elegibilidad para usar el servicio. (Las personas que violen esta disposición recibirán una notificación por escrito de que el servicio será suspendido). También acepto a que se divulgue la información que contiene el formulario, la cual será tratada de forma confidencial. Además comprendo que FAST se reserva el derecho de solicitar información adicional.

Firma del Solicitante/Padre/Tutor legal

Nombre en letra de imprenta del Solicitante/Padre/Tutor legal

Fecha

ATENCIÓN MÉDICA

Indique el nombre del médico, profesional de atención médica o consejero de rehabilitación a quien el personal del FAST puede contactar en caso de ser necesario.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

N.º de Teléfono

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Autorizo al profesional indicado anteriormente para divulgar a FAST la información sobre mi discapacidad o cuadro clínico y su efecto en mi capacidad para viajar en el autobús del FAST/FASTTRAC !. Comprendo que puedo anular esta autorización en cualquier momento. Salvo que sea revocada con anticipación, este formulario permitirá al personal indicado divulgar la información que se describe hasta 90 días a partir de la fecha que aparece a continuación.

Firma del Solicitante/Padre/Tutor legal

Fecha

Nombre en letra de imprenta del Solicitante/Padre/Tutor legal

Fecha



Transit Riders' A.D.A. Choice!

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL (PVF) PARA ADA

NOTA: Las siguientes tres páginas de este documento deben ser completadas por un médico, profesional de atención médica o consejero de rehabilitación matriculado.

Nombre del Solicitante:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es una ley de Derechos Civiles que prohíbe la discriminación contra las personas que son funcionalmente incapaces de viajar en el servicio de autobús de ruta fija actual. Se deberán proporcionar los servicios a aquellas personas que no puedan usar los servicios de autobús de ruta fija. El solicitante ha indicado que usted puede proporcionar información relacionada con su capacidad para usar los servicios de ADA. Para que se tenga en cuenta, se debe responder a **cada pregunta** del formulario. La información que usted proporcione nos permitirá tomar una decisión adecuada para cada solicitud de viaje. Toda la información será tratada de forma confidencial.

Una vez completa, devuelva la solicitud a:

Sistema de Tránsito del Área de Fayetteville (FAST)

FASTTRAC! Revisión de la Solicitud

455 Grove Street

Fayetteville, NC 28301

FAX: (910) 433-1064

Dirección de correo electrónico para documentos escaneados: FAST@ci.fay.nc.us

¿De qué forma conoce al solicitante?

Diagnóstico médico de las afecciones que causan la discapacidad:

¿Este estado es temporario?

No

Sí/Proporcione una fecha de terminación

¿Puede el solicitante realizar las siguientes cosas (marque todas las que correspondan):

¿Caminar o viajar 200 pies sin ayuda?	No	Sí
¿Caminar o viajar $\frac{1}{4}$ de milla sin ayuda?	No	Sí
¿Caminar o viajar $\frac{3}{4}$ de milla sin ayuda?	No	Sí
¿Subir tres pasos de 12 pulgadas sin ayuda?	No	Sí
¿Esperar afuera sin ayuda durante 10 minutos o más?	No	Sí
¿El solicitante usa ayudas motrices?	No	Sí

Si responde afirmativamente, indique y explique en qué medida:

¿El solicitante tiene una discapacidad auditiva?	No	Sí
¿El solicitante tiene una discapacidad cognitiva?	No	Sí

En caso de responder afirmativamente, ¿Puede el solicitante realizar las siguientes cosas (marque todas las que correspondan):

¿Dar la dirección y números de teléfono cuando se lo solicita?	No	Sí
¿Reconocer un destino o punto de referencia?	No	Sí

¿Manejar un cambio inesperado en la rutina?	No	Sí
¿Preguntar, comprender, y seguir instrucciones?	No	Sí
¿Viajar de forma segura y eficiente a través de instalaciones o complejos con mucho público?	No	Sí

¿El solicitante tiene una discapacidad psiquiátrica?	No	Sí
--	----	----

¿Cuál fue la fecha de la primera manifestación?

¿Cuál es el pronóstico?

¿El solicitante toma psicofármacos o medicamentos antidepresivos o de otro tipo que usted prescriba?

No	Sí
----	----

En caso de responder afirmativamente, indique la clase, frecuencia, dosis y cualquier comentario relacionado con la forma en que el medicamento podría complicar la independencia motriz de la persona en la comunidad.

Si el solicitante toma sus medicamentos de forma dócil, ¿Podrá él/ella viajar de forma independiente en la comunidad?

¿Considera usted que el solicitante es dócil para tomar los medicamentos prescritos?

No	Sí
----	----

¿El solicitante tiene convulsiones? No Sí

En caso de responder afirmativamente, ¿con qué frecuencia ocurren?

¿Cuál es el pronóstico?

¿Hay ciertas cosas que provocarían las convulsiones en el solicitante?

Describa la capacidad del solicitante para viajar solo en la comunidad. ¿Cuándo y dónde puede viajar de forma segura sin ayuda?

¿Qué consejo o limitaciones para viajar solo en la comunidad se le informaron al solicitante?

¿Se le permite manejar al solicitante? No Sí

Identifique cualquier otra enfermedad que limite la capacidad del solicitante para usar el servicio de autobús de ruta fija del FAST:

NOTA: Es importante que se completen **todas las partes** de este formulario. De lo contrario, el proceso de certificación del solicitante será demorado.

Nombre y Título en letra de imprenta:

Firma:

Fecha:

N.º de Teléfono:

Nombre de la Clínica/Agencia:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Matrícula Profesional, Número de Registro o
Certificación: