



900 10<sup>th</sup> Street, Coralville, IA 52241  
(319) 248 a 1790

## **ADA PARATRANSITO ELEGIBILIDAD solicitud y las instrucciones**

Estimado cliente:

Gracias por solicitar información sobre la elegibilidad para el servicio de “transporte ADA” usted. Se adjunta una copia de un formulario de solicitud de ADA Paratransit. **Por favor, lea esto y el material adjunto cuidadosamente antes de completar la solicitud.**

La Ley de Americanos con Discapacidades de 1990 (ADA) requiere Coralville tránsito para proporcionar el transporte público equivalente a las personas con discapacidad que no pueden subir, viajar o llegar a un bus de ruta fija accesible debido a su discapacidad. Este servicio debe ser comparable con el servicio que se proporciona a las personas sin discapacidad. La ley es muy específica en cuanto a quién y en qué circunstancias la elegibilidad podrán ser concedidas a usar el transporte Transporte adaptado. La elegibilidad de paratransito no se asume de forma automática debido a una discapacidad.

Usted o su designado deberá responder por completo a todas las preguntas. Una explicación detallada de cómo su discapacidad hace que sea funcionalmente un reto para su uso se requiere un autobús accesible y debe certificar que la información es completa y correcta al firmar y fechar. También encontrará un formulario médico / Verificación Profesional para ser completado por su médico o agencia médica. **Por favor completar su solicitud tan a fondo como sea posible.** Las preguntas nos ayudarán a determinar la limitación específica que tiene en el uso de nuestro servicio.

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

**Tanto el cliente como PROFESIONAL MÉDICO DE VERIFICACIÓN formulario debe ser completado y Presentarse al mismo tiempo. Si cualquiera de las secciones se dejan en blanco LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTO AL COMO incompleta y que retrasará el proceso decertificación.**

La información que proporcione en esta solicitud es confidencial.

Todos los solicitantes, ya sean nuevos o de las personas que soliciten la recertificación, deben llenar una nueva solicitud. El proceso de certificación ADA puede implicar una entrevista en persona y / o evaluación funcional para determinar su capacidad para utilizar el servicio de ruta fija de Coralville tránsito.

Las solicitudes deben ser devueltas a: Coralville Tránsito  
A la atención de:

Vicky Robrock 900<sup>10ª</sup>  
Calle  
Coralville, IA 52241

Si se determina que es elegible para el servicio de transporte ADA de Coralville, su elegibilidad será para uno de los siguientes tipos:

**1. ELEGIBILIDAD CONDICIONAL:**

Usted es capaz de utilizar los autobuses de ruta fija para **algunos** de sus viajes, y califican para Servicio Paratransito ADA para otros viajes.

**2. ELEGIBILIDAD INCONDICIONAL:**

Su condición de discapacidad o la salud siempre le impide utilizar los autobuses de ruta fija y usted califica para el transporte ADA para **todos** sus viajes.

**3. Elegibilidad provisional:**

Usted tiene una condición de salud o discapacidad que **TEMPORALMENTE** le impide utilizar los autobuses de ruta fija y califica para transporte ADA por un período de tiempo especificado.

Se hace una determinación en base a la capacidad de un individuo a bordo, montar y desembarcar independientemente de un vehículo de ruta fija totalmente accesible. El terreno y la estructura arquitectónica también se consideran. Es importante para todos los solicitantes se den cuenta de que esta es una decisión de transporte, no una autorización médica.

La falta de Coralville de tránsito del servicio de ruta fija en un área o en momentos específicos de horario no se puede considerar como una justificación adecuada para transporte ADA elegibilidad. El servicio de transporte ADA coralville ofrece servicio dentro de los límites de la ciudad incorporados, o las tres cuartas partes de una milla fuera de las rutas de autobús de coralville tránsito durante las mismas horas que el servicio de autobuses de ruta fija para aquellos determinado elegible.

Una determinación de elegibilidad será hecha por Coralville tránsito dentro de los 21 días siguientes a la recepción de la solicitud completa. Si una aplicación no se procesa dentro de los 21 días, la elegibilidad presuntiva se concederá el<sup>22</sup> día hasta ya menos que la solicitud es denegada por escrito. Coralville Tránsito le notificará por escrito de la decisión sobre su elegibilidad para el servicio de paratransporte ADA. Si se determina que usted es capaz de usar el sistema de ruta fija y no es elegible para el servicio de transporte alternativo, Coralville Tránsito explicará la razón de esta determinación. Si se determina que **no es elegible** para el servicio de transporte ADA Coralville, y / o no está satisfecho con su tipo de elegibilidad puede apelar la decisión. Una apelación por escrito al **MPOJC (Organización de Planificación Metropolitana del Condado de Johnson)** debe ser recibido dentro de los 60 días naturales a partir de la carta de rechazo. Basta con enviar una carta indicando que desea apelar la decisión que se tomó y por qué cree que debe de ser elegible para el servicio de transporte ADA. Adjunte copias de cualquier otra información pertinente. La decisión es la decisión final. Sólo se puede volver a presentar una solicitud, si su condición empeora. Servicio de transporte ADA no será proporcionada durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no se puede concluir dentro de los 30 días.

Las apelaciones deben ser por escrito y enviada a: MPOJC  
la atención de: Apelación de transporte ADA  
410 E. Washington,  
Iowa City, IA 52240



# SOLICITUD DE ADA SERVICIOS PARA-TRANSITO

Es importante completar todas las partes del formulario adjunto. Se devolverán las aplicaciones que no se han completado total o escritas con claridad, lo que retrasará el proceso de elegibilidad. Por favor imprimir.

Nombre:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Primer Segundo

Apellido

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección física (si es diferente de correo): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TDD / TYY:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono durante la noche: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MM DD AA

Si esta solicitud ha sido completada por una persona distinta del solicitante de la certificación, esa persona debe completar la siguiente:

Name \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por favor indique si esta persona debe contactar directamente si se solicita información adicional.

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (s):

Nombre: \_\_\_\_\_

(Contacto principal)

Relación: \_\_\_\_\_

Día Teléfono: (\_\_\_\_)

noche: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono durante la

Nombre: \_\_

(Contacto Secundario)

Relación: \_\_\_\_\_

Día Teléfono: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Teléfono durante la noche: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

### **Acerca de su discapacidad**

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades impiden trabajar con el servicio de bus estándar (marque todas las que apliquen)

discapacidad física

deterioro visual

discapacidad del desarrollo

enfermedad mental

sí

Ninguno de ellos

2. es su incapacidad:  permanente o  temporal

Si es temporal; ¿cuál es la duración prevista:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha:

3. ¿Cuál de los siguientes ayudantes de movilidad se utiliza durante el viaje? (Por favor marque todas las que apliquen)

caña

extra grande de la silla de ruedas

prótesis

bastón blanco

silla de ruedas eléctrica

tablero de comunicación

oxígeno portátil

silla de ruedas manual

Otro \_\_\_\_\_

Walker

poder moto / Carro

Ninguno

muletas

animal de servicio

4. ¿utiliza una silla de ruedas manual o eléctrica o motorizada?  Sí

No

Ancho (pulgadas) \_\_\_\_\_

Longitud

(pulgadas) \_\_\_\_\_

Peso(+ pasajeros de aparatos de

movilidad) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>A veces</b>
--	-----------	-----------	----------------

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

6. ¿Se puede transferir desde su silla de ruedas a un asiento en un vehículo?

[

]

7. ¿Es usted sensible al calor?
8. ¿Es sensible al frío?
9. otras condiciones de tiempo / iluminación afectan a su discapacidad?
10. ¿Su respiración es afectada por el clima o las condiciones ambientales?
11. ¿Su cambio de discapacidad después de tratamiento médico / medicamentos?
12. Si su respuesta es **no** o **algunas veces** a las preguntas 5 - 11, por favor explique abajo o adjuntar hojas adicionales si es necesario:

13. En las mejores condiciones de lo que es el más alejado se puede caminar (o de viaje utilizando su ayuda motriz) sin el ayuda de otra persona?

Menos de 1 calle

6 cuadras

1 bloque

Más de 6 bloques

2 bloques (1/4 milla)

que no pueden viajar solos al

aire libre  4 bloques (1/2 milla)

- |   | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>A veces</b>           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14. ¿Es capaz de reconocer la información impresa?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Es usted capaz de cruzar las calles por su cuenta?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Es capaz de viajar o moverse por sí mismo después de oscuridad?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Es capaz de viajar por sí mismo a lo largo de las aceras y otras formas de peatones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Es usted capaz y cómodo para moverse en una tienda o centro comercial por sí mismo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Es capaz de detectar los bordillos y otras desventajas de dejar?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Es capaz de viajar desde y hacia subarrio autobúsdetener de forma independiente?     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Es usted capaz de esperar fuera sin ayuda o  |                          |                          |                          |

apoyo a los quince (15) minutos?

**22.** ¿Hay barreras que le impiden ir y venir de la parada de autobús?

**23.** ¿Es capaz de salir y regresar a sus regulares destinos (paradas de autobús local) de forma independiente?

**24.** ¿Es capaz de viajar en superficies planas con buen tiempo?

**25.** ¿Es capaz de viajar en inclinaciones leves en el buen tiempo?

- |   | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>A veces</b>           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26. ¿Podría esperar si hubiera un refugio asiento o autobús?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Podría esperar si no había un refugio asiento o autobús?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ¿Podría pagar la tarifa al poner las monedas o billetes en la caja de cobro, o mostrando un pase para el conductor del autobús?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ¿Es capaz de llamar de forma independiente y hacer o cancelar las reservas de viaje?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 30. ¿Se puede esperar solo en su residencia y lugares a los que viaja?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 31. ¿Podría montar de manera independiente en un taxi si se les proporcionó una?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| 32. ¿Puede dar direcciones y números telefónicos a petición?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. ¿Es capaz de pedir, entender y seguir instrucciones?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. ¿Es capaz de adaptarse a los cambios inesperados en la rutina?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Si su respuesta es <b>no</b> o <b>algunas veces</b> a las preguntas 14 - 34, explique o adjuntar hojas adicionales si es necesario:   |                          |                          |                          |
|   |                          |                          |                          |
| 36. ¿Se requiere los servicios de un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaja? (Esta persona no es un compañero o escolta, pero alguien que va a guiar con ayuda de movilidad, cuidado personal, la comunicación, el transporte, la interpretación de lenguaje de signos, la prestación de servicios como lector, etc., como se hace su viaje). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                          |                          |                          |

Por favor dar Cuidado Personal Nombre de operadora:

---



**(In order for your Personal Care Attendant to ride with you at no charge, you must inform the reservation/dispatch office staff that you will be accompanied by a Personal Care Attendant when making your ride request. The Personal Care Attendant is then responsible for assisting you, not the ADA Paratransit Driver.)**

**37. razonable solicitud de modificación (Opcional) Describir cualquier modificación a las políticas, prácticas o procedimientos de Coralville de tránsito con el fin de que (una persona con discapacidad) para acceder a los servicios de tránsito Coralville. (Estas solicitudes también se pueden hacer como su horario de su servicio para paseos ADA Paratransit.)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*Coralville Tránsito se compromete a proporcionar servicios de fácil utilización seguros, fiables, amables, y accesibles a sus clientes. Para garantizar la igualdad y la equidad, Coralville Tránsito hace modificaciones razonables a sus políticas, prácticas y procedimientos para evitar la discriminación y para garantizar que los programas y servicios son accesibles para personas con discapacidades.*

## Subir y bajar del autobús

- |   | Sí                       | No                       | A veces                  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿ahora utilizar el servicio de autobuses de ruta fija regular?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es usted capaz de reconocer los cambios en su estado mental / emocional que le impiden usar el servicio de ruta regular?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene que subir y bajar escaleras en su casa o residencia?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Puede usted con seguridad e independencia subir y bajar tres (3) etapas de 12 pulgadas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Es capaz de abordar, viajar o salir de un autobús accesible en silla de ruedas sin ayuda?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Es usted capaz de agarrar los mangos o una barandilla al subir o bajarse de un autobús?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Es usted capaz de abordar o salir de un vehículo si se dispone de un ascensor o reclinatorio que baja la parte delantera del autobús?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Es capaz de subir y bajar de un autobús sin ayuda?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Si su respuesta es <b>no</b> o <b>algunas veces</b> a las preguntas 1 - 8, explique:   |                          |                          |                          |
| 10. ¿Ha tenido entrenamiento para aprender a viajar alrededor de la comunidad o cómo utilizar los autobuses de ruta fija? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                          |                          |                          |
| 11. ¿Hay algo que podría ayudarle a montar el sistema de autobuses de ruta fija regular? (Por   |                          |                          |                          |

favor marque todo lo que corresponda):



- Sí, si alguien me enseñó a entender la información de la ruta, horario y precio
- Sí, si alguien me enseñe a viajar en el autobús
- Sí, si alguien me mostró cómo llegar en el autobús con el ascensor
- Sí, si el autobús llegara a acercarse a donde vivo y tenga que ir
- No, ninguno de estos sería ayudar a

## la divulgación de información

yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para usar el servicio de transporte alternativo de Coralville tránsito. Por la presente autorizo a mi profesional de la salud para divulgar información sobre mi discapacidad y su efecto en mi capacidad de viajar, que puede ser necesaria en relación con mi solicitud de certificación de elegibilidad paratransporte ADA.

Estoy de acuerdo en notificar a Coralville Tránsito de cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecta mi capacidad para usar el servicio de transporte alternativo. 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 toda la información será confidencial y sólo la información necesaria prestación del servicio solicito será compartida.

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

Firmado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Impreso del Solicitante:

\_\_\_\_\_

Si el solicitante es menor de edad o tiene un tutor legal el padre o tutor deben firmar esta Solicitud, y atestiguar la exactitud de la información contenida en este documento.

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

La siguiente parte de la solicitud debe ser llenada por un profesional de la salud o servicios humanos profesionales que esté familiarizado con la 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 especificar su / su posición.

Nombre del profesional \_\_\_\_\_

### **afiliación profesional:**

médico con licencia

con licencia terapeuta ocupacional

fisioterapeuta con licencia

con licencia trabajador social

- enfermera (LPN o RN)
- certificado de rehabilitación
- especialista de la visión
- psiquiatra, psicólogo o  
consejero de salud mental especialista en

- certificada psicólogo
- patólogo del habla
- Orientación / movilidad especialista
- audiólogo / escuchar
- oftalmólogo

# del médico Verificación de la Discapacidad

**Esta porción de la forma debe ser completada y firmada por un lugar apropiado médico profesional, certificado o licencia que le atiende SOLICITANTE**

Estimado servicios Médicos:

la Ley de americanos con discapacidades de 1990 (ADA) requiere que las agencias de transporte público para proporcionar el servicio de paratransito a las personas que tienen discapacidades que les impiden el uso de un bus de parte o la totalidad del tiempo. Discapacidad sola y la distancia desde y hacia una parada de autobús **no**, por sí mismos, calificar a una persona para el servicio de ADA Para-tránsito. Inconvenientes y / o disminución de la comodidad **no son** una base para la calificación. La condición del cliente debe que **impedir** los viajes en autobús. La información que proporcione nos permitirá hacer una determinación apropiada para este solicitante. Toda la información se mantendrá confidencial. *Gracias por tu asistencia.*

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Por favor, no enumerar "diagnóstico" como la razón el solicitante necesita paratransito puerta a puerta. Necesitamos información detallada acerca de cómo la condición o discapacidad hace que sea funcionalmente imposible para el solicitante para utilizar nuestro servicio de autobús de ruta fija regular. Nuestra evaluación es una decisión transporte, no una autorización médica.

La ley es muy específica en cuanto a quién y en qué circunstancias la elegibilidad podrán ser concedidas a usar el transporte ADA Para tránsito de Coralville tránsito.

Todos los autobuses de tránsito Coralville tienen 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. (Se puede bajar para proporcionar el embarque más fácil) • Aproximadamente el 50% de los autobuses tienen un solo paso de la acera.
- Los operadores de autobuses anuncian puntos de transferencia y todas las paradas solicitadas.
- Línea telefónica de servicio al cliente (s) están disponibles para proporcionar información de horarios de autobuses y ayudar a los clientes con su ruta de viaje, incluidas las transferencias entre las rutas de autobús.

319-248-1790  
900 10<sup>th</sup> deCalle  
CORALVILLE, IA 52241

# Médico / Verificación Profesional

(No es una solicitud de copias de expedientes médicos)

Nombre del solicitante:

---

1. Por favor, indique la fecha de su examen más reciente de este solicitante: / / \_

2. ¿tiene el solicitante la capacidad mental para:

Dar direcciones y teléfonos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Reconocer un destino o punto de referencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Deal con cambio inesperado (s) en la rutina?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
pedir, entender y seguir instrucciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
viajar con seguridad / eficacia a través de las instalaciones de hacinamiento o complejos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

3. Especificar qué limitaciones funcionales se asocian con la condición de este solicitante (marque lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> movilidad deterioro	<input type="checkbox"/> deterioro cognitivo **	<input type="checkbox"/> comprometida la resistencia
<input type="checkbox"/> musculares	<input type="checkbox"/> respiratoria	<input type="checkbox"/> otra_
<input type="checkbox"/> visual deterioro	<input type="checkbox"/> total de <input type="checkbox"/> parcial	
<input type="checkbox"/> discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> total de <input type="checkbox"/> parcial:	

\*\* Si este individuo tiene un impedimento cognitivo, indique todas las que aplican a este individuo

no se puede dejar sola a esperar a que el transporte  
 comportamiento Muestra esto es peligroso para sí mismo u otros uso del transporte público  no se puede reconocer a los vehículos que él / ella debe Junta

4. Cuál es la duración esperada de la condición de este individuo?

Permanente  Temporal / / Fecha

5. ¿Tiene el solicitante utilice un dispositivo de movilidad? Por favor marque todos los que apliquen.

<input type="checkbox"/> Caña	<input type="checkbox"/> extra grande de la silla de ruedas	<input type="checkbox"/> prótesis
<input type="checkbox"/> bastón largodel blanco	<input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/> tablero de comunicación
<input type="checkbox"/> oxígeno portátil	<input type="checkbox"/> silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> otra_
<input type="checkbox"/> Walker	<input type="checkbox"/> poder de moto / carrito	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> muletas	<input type="checkbox"/> animal de servicio	<input type="checkbox"/> Se desconoce

6. qué distancia puede viajar el solicitante a / de una parada de autobús o destino? Por favor, compruebe.



**Caminar sin ayuda**

**movilidad**

- No se puede viajar a cualquier distancia
- La longitud de un campo de fútbol? (300 pies)
- A menos de una cuadra de la ciudad?
- Una longitud de un campo de fútbol y la espalda? (600 pies)
- Una vuelta alrededor de una pista? (1.320 pies)
- Una vuelta alrededor de una pista?

**El uso de un dispositivo de**

- No se puede viajar a cualquier distancia
- La longitud de un campo de (500 pies)
- A menos de una
- Una longitud de un campo de fútbol y la espalda?
- Una vuelta alrededor de una pista?

7. ¿Cuánto tiempo puede el solicitante fuera, a una parada de autobús?

**Sentado**  
**movilidad**

**Permanente**

**Uso de un dispositivo de**

	<b><u>Sentado</u></b> <b><u>movilidad</u></b>	<b><u>Permanente</u></b>	<b><u>Uso de un dispositivo de</u></b>
incapaz de esperar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 - 5 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - 10 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - 20 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 + minutos	<input type="checkbox"/>	[ ]	<input type="checkbox"/>

8. ¿la discapacidad / condición impide al solicitante de viajar en un autobús accesible en silla de ruedas?  Sí

No  
[veces]; explicar \_\_

9. ¿Afecta tiempo la capacidad del solicitante para viajar?  Sí

No  
[veces]; explicar \_\_

10. ¿Tiene el solicitante se define médicamente sensibilidad a la temperatura?  Sí

No Por encima de lo que la temperatura de la sensibilidad al calor? \_\_

Debajo de lo que la temperatura de la sensibilidad al frío? \_\_

11. ¿Tiene el solicitante cualquier otra condición médica de la cual Coralville tránsito debe ser consciente?

12. Por favor describa el impacto que esto discapacidad / condición tiene en la capacidad del solicitante para utilizar los autobuses urbanos:

**¿Tiene el solicitante requiere un asistente de cuidado personal cuando se viaja?**

Sí

No

**A Personal Care Attendant (PCA) is not a companion or escort, but someone who will be help the client with his/her mobility assistance, personal care, communication, transportation, sign language interpretation, providing services as a reader, etc., as the client makes his/her trip.**

## **Discapacidad Visual Verificación (si corresponde)**

(No es una solicitud de copias de expedientes médicos)

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

¿Cuál es la mejor visión corregida del solicitante en Ojo izquierdo: 20 / \_\_\_\_\_  
cada ojo? Ojo derecho: 20 / \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha tenido el solicitante esta deficiencia visual? \_

¿Es permanente deterioro visual del solicitante?  Sí  No

¿El deterioro visual prevenir solicitante de viajar en un autobús accesible en silla de ruedas?  Sí  No

## **audición Deterioro de verificación (si corresponde)**

(No es una solicitud de copias de expedientes médicos)

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

¿La discapacidad auditiva prevenir solicitante de viajar en un autobús accesible en silla de ruedas?  Sí  No

## **Cognitivamente Deterioro de verificación (si corresponde)**

(No es una solicitud de copias de expedientes médicos)

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

¿Cuál fue la fecha de aparición de estas enfermedades? (Mes / año) \_

condición permanente  Temporal

Si es temporal, ¿cuál es la duración prevista de la condición de este individuo? / / \_

## **CERTIFICACIÓN:**

Certifico que la información que he proporcionado en este documento es una representación justa de deterioro o condición médica del solicitante y es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información proporcionada al presente será utilizada con el único propósito de determinar la elegibilidad del solicitante para los servicios de transporte informal. También estoy de acuerdo que Coralville tránsito puede ponerse en contacto conmigo para la clarificación de cualquier información que he proporcionado y voy a responder de buena fe. Certifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.

Profesional de la salud que llena el formulario (nombre):\_

Número de licencia médica:

Teléfono:

Fax: \_\_

Institución / Centro / Nombre de la Agencia\_\_

Calle

Ciudad

State\_

Zip Code\_\_

Firma del profesional de atención médica\_\_

## Coralville Tránsito uso de la oficina

Fecha De Certificación

Certificación Fecha:     /     /

Tipo

Elegibilidad condicional \_

incondicional Elegibilidad \_

Elegibilidad temporal \_

Fecha de Certificación denegado     \_/

/\_     \_Razón

negado:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

llamamiento se recibieron Fecha:     /     /

recepción:     /     /

MPOJC Fecha de

Decisión MPOJC:

Fecha:     /     /

---

---

---

---

---

