

MVRTA

Autoridad de transito del valle de Merrimack

Gracias por su interés en el servicio de paratransito de la autoridad de transito del valle de Merrimack (MVRTA), conocido como EZ Trans. El servicio de EZ Trans es un servicio de puerta a puerta para las personas que no pueden utilizar el sistema de autobús público de la MVRTA. Está diseñado para complementar el sistema de autobuses de ruta fija MVRTA y para satisfacer las necesidades de las personas elegibles ADA en las siguientes comunidades: Andover, Amesbury, Haverhill, Lawrence, Merrimac, Methuen, Newburyport, y North Andover. EZ Trans también ofrece servicio de Non-ADA a las personas que tienen más de 60 años y residen en las comunidades mencionadas anteriormente.

Las dos categorías de elegibilidad de EZ Trans se definen así:

ADA Elegibles- deben ser certificados a través de criterios establecidos en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), como una persona con una discapacidad y cuyo deficiencia les impide utilizar el sistema de autobuses de ruta fija de la MVRTA.

Non-ADA elegibles- deben tener al menos 60 años de edad y residir en una de las antes mencionada comunidades.

EZ Trans es un servicio de "viaje compartido" destinado acomodar con seguridad y eficacia el mayor número de pasajeros por viaje como sea posible. El servicio es ofrecido por camionetas equipadas con elevadores, minibuses y automóviles no equipados con elevadores. Los individuos que utilice un dispositivo de tres ruedas (amigo silla) o cualquier silla de ruedas no estándar, que no pueden ser bien sujeta, se le sugiere (pero no es obligatorio) el poder ser transferido a un asiento del vehículo por su propia seguridad. Los conductores podrán asistir a los pasajeros adentro y fuera del vehículo según sea necesario, pero no se les permite asistir a los pasajeros subir o bajar escaleras, ir más allá de cualquier entrada o perder de vista el vehículo en cualquier momento.

Adjunto encontrará una solicitud de elegibilidad. Una vez que la solicitud este completa, por favor envíelo a:

MVRTA

Office of Special Services

85 Railroad Avenue

Haverhill, MA 01835

El MVRTA procesará su solicitud dentro de los 21 días de haber recibido su aplicación. **Una solicitud incompleta será devuelta a usted y esto retrasará el procesamiento de su solicitud.** Si el MVRTA determina que no son elegibles para el servicio completo de elegibilidad ADA, usted tiene derecho a una audiencia. Una copia del procedimiento de recurso debe ser enviado con cada letra de descalificación o elegibilidad condicional.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o si tiene alguna pregunta con respecto a la elegibilidad ADA, por favor no dude en llamar al (978) 469-6878 y seleccione la opción # 3 en el menú cuando se le solicite. Esta aplicación esta también disponibles en letra grande y otros formatos accesibles bajo petición.

Una vez más, gracias por su interés en el servicio de paratransito EZ Trans MVRTA!

(end page 1)

Mvrta

85 Railroad Ave.

Haverhill, MA

01835

978-469-6878

(Seleccione Opción #3)

877-308-7267

(Totalmente gratis)

www.Mvrta.com

uso de la MVRTA solamente:

ID# _____

date _____

new applicant

Upgrade Appl.

3-yr Recert.

Customer

requested

recertification

EZ Trans

Y ADA Paratransito Elegibilidad

Formulario de solicitud

- - - POR FAVOR DE ESCRIBIR SEPARADO - - -

PARTE A (Esta parte debe ser completada por todos los solicitantes)

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Dirección _____ Apt # _____

Dirección postal (si es diferente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Numero de casa _____ Numero de trabajo _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) _____ / _____ / _____

Circule uno: Hombre / Mujer

Número de Seguro Social (opcional): _____

Por favor dénos el nombre y número de teléfono de alguien a quien podamos llamar en caso de una de emergencia:

Nombre _____

Relación: _____ Número de teléfono _____

* Por favor, incluya en una hoja de papel por separado otros contactos de emergencia importantes o información.

¿Tiene una condición de discapacidad o de salud que le impide algunas veces el uso de autobuses de ruta fija de la MVRTA?

NO, estoy solicitando EZ Trans sólo basado en mi edad (60 años o más). COLOCAR una COPIA DE LA DOCUMENTACIÓN DE SU EDAD (identificación del gobierno). Deténgase aquí. Usted no necesita completar las Partes B y C de a continuación. Devuelva este formulario a MVRTA a

la dirección indicada anterior para ser elegible para el servicio NON-ADA EZ Trans.

Sí, estoy solicitando "Paratránsito Elegibilidad ADA." Complete las partes B y C a continuación.

(End page 2)

PARTE B

Esta parte sólo necesita ser completada si usted tiene una condición de discapacidad o de salud que lo impide a usted algunas veces o siempre no poder utilizar el servicio de autobús ruta fija de la MVRTA. Las Personas completando esta sección se tendrán en cuenta para el servicio "Paratránsito" Elegibilidad ADA." **Información sobre su discapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley** y compartida sólo con el Oficial de Apelaciones ADA.

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su capacidad de utilizar el MVRTA servicio de autobús de la ruta fija regular?

Puedo utilizar los autobuses regulares de ruta fija para algunos viajes, pero mi incapacidad o condición de salud algunas veces me impide utilizar los autobuses.

Nunca puedo utilizar el servicio de autobús de ruta fija regular del MVRTA debido a mi incapacidad o condición de salud.

Puedo utilizar los autobuses de rutas fijas regulares del MVRTA, pero preferiría usar las camionetas de servicio.

No estoy seguro de si puedo utilizar los autobuses de rutas fijas regulares del MVRTA.

2. Cómo impide su discapacidad o condición de salud utilizar el servicio de ruta fija MVRTA? Por favor, explique por completo. Utilice hojas adicionales si es necesario.

3. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad? (Marque todas las que apliquen)

Silla de Ruedas Manual

Dispositivo protésicos / Frenos

Silla de ruedas suministro de corriente

Bastón

Andador

Ciclomotor Eléctrico

Muletas

Respirador / oxígeno

Servicio de Animal (describir): _____

Otros (especificar): _____

No, yo no uso ninguna ayuda o equipos de movilidad

4. ¿Alguna vez tiene que traer a alguien más con usted (un "asistente personal" o "ayudante personal"), debido a su discapacidad, que le ayude en su destino o cuando viaja?

No,

Sí, siempre,

Sí, a veces

(End page 3)

5. Sin la ayuda de otra persona puedes... Solicitar y entender las instrucciones escritas o habladas?

Siempre a veces nunca no estoy seguro

Cruzar las calles e intersecciones?

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**Puedes usted caminar un poco más de donde espera por la
transportación si fuera necesario sin problema alguno?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**Puede quedarse parado por 15 minutos, si no hay lugar para
sentarse?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**Usted puede encontrar su propio camino a una ruta de autobús
si alguien le muestra el camino una vez?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**Puede usted identificar el autobús de ruta fija, y sabe cómo
detenerlo usando la señal de mano para que se detenga?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

**Pararse en un autobús cuando este en movimiento al
sostenerse de las barandillas?**

Siempre a veces nunca no estoy seguro

Trasladarse de un autobús de ruta fija a otro?

Siempre a veces nunca no estoy seguro

6. **En las mejores condiciones, que es lo más lejos que puede
caminar (o viajar con su ayuda de movilidad) y sin la ayuda de
otra persona?**

Menos de 1 cuadra

1 bloque (1/8 de milla)

2 bloques (1/4 de milla)

4 bloques (1/2 milla)

6 bloques (3/4 de milla)

Más de 6 bloques

No puedo viajar al aire libre solo en absoluto

7. **¿Tiene prohibido viajar fuera de ciertas condiciones climáticas
debido a su discapacidad?**

No Si, (por favor

explique) _____

8. ¿Hay algo más que quieras contarnos acerca de su discapacidad o condición de salud que podría ayudar a entender sus capacidades y limitaciones de viajar mejor?

(End page 4)

FIRMA

Entiendo que el propósito de esta solicitud es para determinar si soy elegible para usar ADA Servicios de paratransito. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y corregí a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la falsificación de información puede dar lugar a una revisión de mi elegibilidad y la posible pérdida de ADA servicios de Paratransito.

Estoy de acuerdo en notificar a la Autoridad Regional del valle de Merrimack si ya no necesito utilizar servicios Paratransito ADA.

_____ **Fecha** _____

(Firma del solicitante o de la persona responsable)

Si alguien ayudó a llenar esta solicitud, por favor provea la siguiente información:

Escriba el nombre _____

Relación con el solicitante _____

Dirección _____

Agencia _____ **Número de teléfono** _____

Autorización para divulgar Información

Yo autorizo al profesional que ha completado la Parte C de esta solicitud para liberar información acerca de mi incapacidad o condición de salud y su efecto en mi capacidad de viajar en el Servicio de autobús de ruta fija MVRTA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier tiempo. Menos que sea revocada antes, este formulario permitirá a los profesionales de completar la Parte C de liberar la información descrita hasta 60 días a partir de la fecha a continuación. Entiendo que toda la información médica, que se proporciona, de mi incapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley.

_____ Fecha _____

(Firma del solicitante o de la persona responsable)

***** PASE A LA PARTE C *****

(End page 5)

LA PARTE C

Un profesional de atención médica autorizado o certificado que puede verificar su discapacidad, condición de salud y entiende sus capacidades funcionales debe completar esta parte del formulario. Esta parte sólo necesita ser completada si usted está solicitando "ADA Paratransito

Elegibilidad". Ejemplos de profesionales de salud que deben completar esta parte son:

Médico (M.D. o D.O.), Oftalmólogo, Instructor de movilidad, Fisioterapeuta, Psiquiatra, Terapeuta Profesional, Psicólogo, Trabajador social clínico, Consejero / especialista en Rehabilitación, Enfermera.

Estimado licenciado o certificado profesional de atención médica:

Se le pedirá que dé información sobre la discapacidad del solicitante o del estado de salud y la capacidad funcional en apoyo de su solicitud para ser considerado para "el servicio de transporte ADA". Como lo exige la ley federal (The Americans with Disabilities Act of 1990), el MVRTA ofrece servicio de camioneta con ascensor equipado y sin ascensor equipado ("servicio de transporte ADA") para las personas con discapacidad que, a causa de su discapacidad o condición de salud no puede utilizar el sistema de autobús fijo regular del MVRTA. La ley federal especifica quién deben ser considerados elegibles para este servicio. **La ley federal también exige que el MVRTA deba limitar estrictamente la elegibilidad de las personas que cumplan con los criterios federales de elegibilidad. La estricta observancia de las normas federales para elegibilidad son importantes para garantizar que el servicio se pueda proporcionar plenamente a las personas que verdaderamente necesita el servicio.** Los individuos deben ser considerados paratransito ADA elegibles si, a causa de su discapacidad o estado de salud:

No pueden abordar, viajar o desembarcar de un autobús de ruta fija regular de MVRTA, o

Tienen alguna condición relacionada por deterioro específico que les impide obtener hacia o partir de una ruta fija de autobús.

Tenga en cuenta que las personas no son elegibles para este servicio, si su discapacidad o condición de salud sólo hace que sea incómodo o difícil de utilizar el servicio de autobús de ruta fija. Además, me gustaría que usted sepa que todos los autobuses de ruta fija MVRTA son accesibles para personas con discapacidad y cada autobús está equipado con un

ascensor para sillas de ruedas, anuncios audibles cuando quiera parar el autobús y "arrodillado" primer paso.

La solicitud debe ser llenada completamente. **Si la solicitud no está completa, será devuelta, lo que retrasará el proceso de hacer una determinación final.**

En la página anterior, la solicitante debería haber firmado "una autorización para la liberación de la información". Tenga en cuenta que toda la información sobre la discapacidad del solicitante y condición de salud serán tratados estrictamente confidencial por el MVRTA en la medida máxima permitida por la ley.

Gracias por su ayuda en el suministro de información vital necesaria para determinar la elegibilidad para este importante servicio. No dude en llamar a nuestra Oficina de Servicios Especiales en cualquier momento al (978-469-6878, opción # 3) en caso de tener alguna pregunta sobre el servicio o el formulario de solicitud.

1. Nombre del solicitante: _____
2. Capacidad con la que conoce al solicitante: _____

(End page 6)

3. ¿Cuándo fue la última visita a usted por el solicitante? _____
4. Por término medio, la frecuencia con la que el solicitante es visto por usted? _____
5. Por favor de escoger todas las discapacidades o problemas de salud, lo que podría poner en peligro la capacidad del aspirante que le impiden viajar en los autobuses regulares de ruta fija:

Neuromuscular:

Parálisis cerebral

Distrofia muscular

Enfermedad de Parkinson

Artritis

Traumatismo ACV / Cerebral

Cuadriplejía
Múltiple Esclerosis
Paraplejía
Otros: _____

Ortopedia / Medicina General:

Reemplazo de articulaciones (especificar)
La pérdida de un miembro de su cuerpo (especificar)
Hueso fracturado (especificar)
SIDA
Diabetes (grave)
Lupus
Cáncer
Epilepsia (grave)
Enfermedad de los riñones / diálisis
Otros: _____

Cardiovascular:

Arteriosclerosis
Fibrosis quística
Enfisema
Insuficiencia cardíaca congestiva
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica
La enfermedad vascular periférica
Trombosis (crónica)
Asma
Ataque del corazón
Otros: _____

Cognitivo / Psicológico:

La enfermedad de Alzheimer
Demencia
Atraso mental
Fobia
Autismo
Trauma en la cabeza

Viaje desde / hacia la estación de autobús cuando hay nieve o hielo si no a veces

Negociar montañas moderadas si no a veces

Con seguridad cruzar las calles y las intersecciones si no a veces

Estar parado durante 15 minutos, si no hay lugar para sentarse si no a veces

Solicitar, entender y seguir instrucciones si no a veces

Reconocer un destino o lugar de interés si no a veces

Tratar con situaciones inesperadas o cambios en la rutina si no a veces

8. la capacidad funcional del solicitante de viajar podría cambiar debido a los tratamientos médicos, medicamentos, condiciones ambientales (calor, humedad, el frío, el hielo y la nieve) u otros factores relacionados

No

Si explique

9. ¿Puede el solicitante dejarse de forma segura sin vigilancia en un lugar de recogida o dejada?

Si no no estoy seguro

10. ¿Hay otra información acerca de la capacidad funcional del solicitante, lo que sería importante para nosotros saber al examinar su capacidad de poder utilizar el autobús regular de ruta fija servicio de autobús público? _____

Nombre y el título del profesional: _____

Licencia, registro o certificado #: _____

Firma: _____

Nombre de compañía o agencia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ **número de fax:** _____