

SOLO PARA USO DE MTA
NO ESCRIBA EN ESTA CASILLA

Aplicación recibida: _____ Fecha de certificación: _____ Estado: Elegible Denegado Condicional _____
Carta enviada: _____ Fecha de apelación: _____
Período de elegibilidad: 3 años 1 año Visitante Temporal para _____



Autoridad de Tránsito de Manchester Paratránsito Stepsaver Solicitud de elegibilidad

La MTA se compromete a garantizar la igualdad de acceso a sus servicios para todas las personas, independientemente de su discapacidad. Toda la información proporcionada en esta solicitud es confidencial y sirve únicamente para determinar la elegibilidad. Si cumple con los criterios de elegibilidad iniciales, se le programará una entrevista para determinar el estado de elegibilidad final.

Tenga en cuenta: los visitantes que son elegibles según la ADA en otras ciudades o estados pueden usar nuestro servicio durante su visita por hasta veintiún (21) días.

Por favor devuelva la solicitud completa a:

Autoridad de Tránsito de Manchester
Programa StepSaver
Calle Olmo 110
Mánchester, NH 03101

PARTE A: PARA SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE

NOTA: POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.

LAS SOLICITUDES NO SE PUEDEN PROCESAR SIN COMPLETAR LA PARTE D.

Escriba a máquina o en letra de imprenta claramente

Nombre del solicitante: _____

Dirección de casa: _____ Apto# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Solicitud nueva Solicitud de renovación Solicitud temporal Solicitud de visitante

Teléfono de casa #: _____ Número de teléfono del segundo (tarde): _____

Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Correo electrónico

DIRECCIÓN:

¿Necesitará materiales futuros en un formato accesible? En caso afirmativo, circule uno:

Braille letra grande Cinta de audio disco de computadora

Persona o agencia a contactar en caso de una emergencia:

Nombre: _____

Relación:

Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo:

¿Ya tiene una tarjeta de identificación de MTA? Sí No

PARTE B: SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN ADA

1. ¿Cuál de las siguientes ayudas o equipos de movilidad utiliza para llegar a donde necesita ir?

Por favor marque todos los que apliquen.

Silla de ruedas manual

Respirador/Tanques de oxígeno

Patinete a motor

Bastón guía

Andador

Animal de servicio (perro guía, etc.)

Bastón

No uso una ayuda para la movilidad

Muletas

Otros _____

Dispositivo protésico/aparato ortopédico _____

2. Usando una ayuda para la movilidad, equipo o de pie por su cuenta, ¿cuál es el período de tiempo más largo que

¿Puede esperar el transporte?

1-15 minutos

45-60 minutos

15-30 minutos

Más de 60 minutos

30-45 minutos

No puedo esperar sin ayuda

3. Usando una ayuda para la movilidad, equipo o caminando por su cuenta, ¿cuántas cuadras puede recorrer en el mismo nivel?

¿suelo? Encierre en un círculo la respuesta a continuación que mejor describa su situación.

1-2 bloques

Nunca

A veces

Siempre

2-4 bloques

Nunca

A veces

Siempre

4-6 bloques

Nunca

A veces

Siempre

6-8 bloques

Nunca

A veces

Siempre

Más de 8 bloques

Nunca

A veces

Siempre

4. ¿Utiliza actualmente el sistema de autobuses de ruta fija de la MTA?

Sí

No

• Si no, marque todo lo que corresponda:

Tengo una discapacidad que me impide abordar un autobús de la MTA.

No tengo conocimiento ni experiencia con el sistema de autobuses de la MTA, así que no sé si puedo úsalo

No puedo llegar solo a una parada de autobús porque me desoriento o confundo.

Tengo una discapacidad episódica. Puedo usar el autobús en esos días cuando me siento bien, pero estoy incapaz de hacerlo a veces.

No quiero viajar en el sistema de autobús de ruta fija

No hay aceras, aceras pavimentadas o el suelo es demasiado irregular

Otro (por favor especifique) _____

5. Si no viaja en el sistema de autobuses de ruta fija, ¿qué le ayudaría?

- Marque todo lo que corresponda:

Ascensor de autobuses accesibles.

Saber más sobre el sistema de autobuses de ruta fija

Viajaría si hubiera rutas de autobús accesibles y fijas a donde debo ir.

Otro (por favor especifique) _____

6. ¿Puede seguir instrucciones escritas u orales para usar el sistema de autobús de ruta fija?

Sí No

7. ¿Se puede hacer transbordo de una ruta de autobús fija regular a otra?

Sí No

8. ¿Puedes subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Sí No No, porque uso una ayuda para la movilidad

- Si no, por favor explique: _____

9. ¿Puedes comunicarte con el conductor del autobús por ti mismo?

Sí No

- Si no, por favor explique: _____

10. ¿Viaja con un asistente de cuidado personal (PCA, por ejemplo, una persona como un asistente en el hogar o un amigo) quién le ayuda cuando viaja fuera de su casa)?

Sí No

11. ¿Su condición se ve afectada por el clima?

Sí No

- En caso afirmativo, explique: _____

Si usted no es el solicitante, pero completó esta solicitud en nombre del solicitante, debe proporcionar la siguiente información (por favor imprima o escriba):

Nombre de la persona que completa esta solicitud: _____

Relación con el solicitante: _____

Número de teléfono _____

Agencia: _____

DIRECCIÓN: _____

PARTE C: ACUERDO E INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Las solicitudes de Stepsaver que no se procesen dentro de los 21 días posteriores a la recepción resultarán en elegibilidad presunta, el servicio se otorgará hasta que se tome una determinación de elegibilidad.

ACUERDO DE TÉRMINOS Y CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

Entiendo que mi solicitud será devuelta si está incompleta y esto retrasará el procesamiento de mi solicitud. Afirmo que toda la información que proporciono en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación y que la tergiversación de cualquier información importante dará lugar a la revocación de mi registro. También entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos para usar el servicio MTA StepSaver será motivo para suspender mi elegibilidad en este programa.

Acepto notificar a la MTA si ya no necesito usar este servicio.

X _____

Firma del Solicitante o Responsable

Fecha

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Autorizo al profesional que completó la PARTE D de esta solicitud a divulgar información sobre mi discapacidad o condición de salud y su efecto en mi capacidad para utilizar el servicio de ruta fija de autobús de la MTA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se revoque antes, este formulario permitirá que el profesional que complete la PARTE D divulgue la información descrita hasta 90 días a partir de la fecha a continuación. Entiendo que toda la información médica proporcionada sobre mi discapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley.

X _____

Firma del Solicitante o Responsable

Fecha

PROCESO DE APELACIÓN PARA ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA)

Si su determinación de elegibilidad para el servicio de paratransito de la ADA resulta en una determinación de no elegibilidad para recibir el servicio de paratransito o en una determinación de elegibilidad limitada o condicional y usted cree que esta determinación se tomó por error, tiene derecho a apelar esta determinación.

Para presentar esta apelación, debe notificar a la MTA por escrito dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la carta de determinación. Después de recibir su apelación, se programará una audiencia para evaluar su caso. El Director Ejecutivo Adjunto de la MTA actuará como oficial de apelación. El proceso de audiencia (que no debe demorar más de 30 días) le permitirá presentar información y argumentos en su nombre. Puede tener otros presentes que conocen su impedimento físico o mental y pueden hablar en su nombre, pero usted debe pagar el costo de estos otros voceros. Después de la audiencia, se le informará por escrito de la decisión de la junta de apelación. La decisión de la junta de apelación es definitiva.

La MTA no está obligada a brindarle un servicio de paratransito mientras su apelación está en trámite. Si la junta de apelación no ha tomado una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación, tiene derecho al servicio de paratransito desde ese momento hasta que se tome una decisión final.

PARTE D. SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Estimado profesional de la salud:

Se le pide que complete una evaluación de la discapacidad del solicitante que le impide usar el sistema de autobuses de rutas fijas de la MTA. Al completar y firmar este documento, usted (el profesional de la salud) estará certificando la veracidad y exactitud de la información provista en esta solicitud, según su leal saber y entender profesional.

El programa de paratransito de la Autoridad de Tránsito de Manchester (MTA), StepSaver, está parcialmente financiado por el gobierno federal. La Ley Federal (Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990) exige que la MTA brinde servicios a las personas que no pueden utilizar nuestro sistema de autobuses de ruta fija. Sin embargo, los recursos para los servicios de StepSaver son limitados. La información que proporcione ayudará a la MTA a realizar una evaluación adecuada de esta solicitud de servicio StepSaver. Para calificar para el servicio StepSaver, una persona no debe poder usar el sistema de autobús de ruta fija y cumplir con los siguientes criterios de elegibilidad:

Tenga en cuenta:

StepSaver es un servicio de transporte para personas con discapacidades que, como resultado de su discapacidad, no pueden abordar, viajar, desembarcar o navegar en un autobús de ruta fija de la MTA. (Todos los autobuses de ruta fija de la MTA son accesibles para discapacitados).

Su verificación debe completarse por completo para que se produzca el procesamiento. Si la aplicación no es completo será devuelto, retrasando la tramitación de la solicitud.

Su evaluación de cada individuo debe basarse únicamente en la capacidad del individuo para utilizar el sistema de autobús de ruta fija de la MTA. Tenga cuidado al evaluar a los solicitantes de este programa. La información falsa utilizada para adquirir el servicio para este solicitante podría resultar en limitaciones de viaje para otras personas legítimamente calificadas para usar este programa.

La siguiente información se utilizará para garantizar que se utilice el tipo de vehículo adecuado para proporcionar el transporte. No dude en llamar a nuestra oficina en cualquier momento si tiene alguna pregunta específica al 603-623-8801.

La MTA puede comunicarse con el profesional de atención médica que certifica para verificar la exactitud de la información. La MTA hará la determinación final en cuanto a la elegibilidad del solicitante. Gracias por su asistencia.

1. Nombre del solicitante: _____

2. Carácter en que conoce al solicitante: _____

3. ¿Cuándo fue la última vez que trató o vio al solicitante? _____

4. En promedio, ¿con qué frecuencia ve al solicitante? _____

5. Indique una evaluación de la movilidad funcional del solicitante: _____

6. Marque todas las discapacidades que afectarían la capacidad del solicitante para viajar en los autobuses de ruta fija:

neuromusculares:

- Parálisis Cerebral
- Distrofia Muscular
- Enfermedad de Parkinson
- Accidente Cerebrovascular/Trauma Cerebral
- Cuadriplejia
- Esclerosis Múltiple
- Parapalegia
- Otros: _____

Ortopedia/Médico general:

- Reemplazo de articulación (especificar) _____
- Pérdida de una extremidad (especificar) _____
- Hueso roto (especificar) _____
- Diabetes (grave)
- Cáncer
- Epilepsia (grave)
- Enfermedad renal/diálisis
- Otros: _____

Cardiovascular:

- Fibrosis Quística
- Enfisema
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad Vascolar Periférica
- Asma
- Ataque al corazón
- Otros: _____

Cognitivo/Psicológico:

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia
- Discapacidad del desarrollo
- Traumatismo craneoencefálico
- Trastorno del espectro autista
- Esquizofrenia
- Otros: _____

VISIÓN		
Marque todo lo que corresponda	Un ojo	Los dos ojos
cataratas		
Ceguera cortical		
Glaucoma (todos los tipos)		
Degeneración macular		
Desprendimiento de retina		
retinopatía		
Legalmente ciego		
totalmente ciego		
Otro:		
AUDIENCIA		
Marque todo lo que corresponda	Un oido	ambas orejas
Parcialmente sordo		
Completamente sordo		
Otro:		

7. ¿Se podría dejar al solicitante desatendido en un lugar de recogida o entrega?

Sí

No

8. Indique si el solicitante puede hacer algo de lo siguiente:

Viaja dos cuerdas sin ayuda	Sí	No	A veces
Suba tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda	Sí	No	A veces
Espere afuera sin apoyo durante 30 minutos	Sí	No	A veces
Dar dirección y números de teléfono a petición	Sí	No	A veces
Reconocer un destino o punto de referencia	Sí	No	A veces
Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en la rutina.	Sí	No	A veces
Pedir, comprender y seguir instrucciones	Sí	No	A veces
Viajar de manera efectiva a través de instalaciones abarrotadas/complejas	Sí	No	A veces

9. ¿La condición del solicitante le impediría utilizar el servicio público de ruta fija?

Sí

No

En caso afirmativo, explique detalladamente: _____

11. ¿La condición del solicitante es temporal?

Sí

No

En caso afirmativo, la duración esperada es _____ meses

12. ¿Sería el solicitante condicionalmente elegible para el servicio MTA StepSaver debido a las condiciones climáticas?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿durante qué meses necesitarían el servicio? _____

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

13. ¿Hay alguna otra información sobre la capacidad funcional del solicitante que sería importante que sepamos?
al considerar su capacidad para utilizar el servicio de ruta fija regular de autobús?

Firma del profesional de la salud: _____

Nombre y cargo del profesional de la salud: _____

Número de licencia, registro o certificado: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Nombre de la empresa o agencia: _____

DIRECCIÓN: _____