

Terrebonne Parish Consolidated Government

Solicitud de certificación de servicio de paratransito de la ADA

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es un proyecto de ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. Para satisfacer sus necesidades, los sistemas de transporte público deben proporcionar una variedad de servicios.

Si tiene una discapacidad que le impide usar una rampa o un autobús de transporte público equipado con un elevador parte o todo el tiempo, puede ser elegible para el servicio ADA Paratransit parte o todo el tiempo.

Toda la información se mantendrá confidencial. Solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicita se divulgará a quienes realicen esos servicios. Sus respuestas no se compartirán con ninguna otra persona o empresa.

Es importante que todas las partes de este formulario estén completadas. Si la solicitud no está completa, se le devolverá y eso retrasará el procesamiento de su solicitud.

Utilice el sobre proporcionado o devuélvalo a:

Terrebonne Parish Consolidated Government
Transit Division
Administrative Coordinator II
Post Office Box 2768
Houma, Louisiana 70361

Si tiene alguna pregunta, llame al 985-850-4616.

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN PERSONAL

POR FAVOR IMPRIMIR

Apellido Primer nombre Inicial

Dirección física Ciudad Cremallera

Dirección postal (si es diferente) Ciudad Cremallera

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Masculino Mujer

Teléfono durante el día Teléfono durante la noche

TDD*

Capacidad lingüística (marque todas las opciones que correspondan)

español Otro (especificar) _____

Nombre del contacto de emergencia Relación

Teléfono durante el día Teléfono durante la noche

* Dispositivo de telecomunicaciones para sordos

Dirección de correo electrónico (opcional)

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE MOVILIDAD

1. ¿Cuáles de estas ayudas o equipos de movilidad utiliza para llegar a donde necesita ir? (Marque todo lo que le corresponda.)

- Ninguno
- caña silla de ruedas manual perro de servicio
- bastón blanco Silla de ruedas eléctrica Tablero de imágenes
- Caminante Scooter motorizado Tablero del alfabeto
- Muletas Oxígeno portátil
- Otro _____

2. Utilizando una ayuda de movilidad o por su cuenta, ¿cuántos bloques puede subir en terreno llano?

- Menos de dos Dos a cuatro más de cuatro

3. Si tuviera que viajar en el autobús de ruta fija, ¿necesitaría la ayuda de otro?
Si respondió Siempre o En algún momento, explique el motivo de la ayuda en el cuadro.

- Siempre ←
- Algunas veces ←
- No
- | |
|---|
| <input type="radio"/> Para ayudarme a ir o volver de la parada del autobús. |
| <input type="radio"/> Para ayudarme a subir o bajar del autobús |
| <input type="radio"/> Otro _____. |

4. ¿Ha recibido alguna capacitación para aprender a usar el autobús de tránsito de ruta fija?
Si respondió que sí, proporcione información adicional en el cuadro.

- Sí ←
- | |
|---|
| El entrenamiento fue en: |
| _____ |
| <input type="radio"/> Viajes en autobús en general |
| <input type="radio"/> Cómo recorrer rutas específicas |
| <input type="radio"/> Terminé el entrenamiento |
| <input type="radio"/> No completé el entrenamiento |
- No
- No, pero estoy interesado en aprender más sobre el programa de capacitación para viajes.

5. Si se determina que es elegible para los servicios de paratransito, marque las declaraciones correspondientes.
- Puedo encontrarme con la camioneta en la acera de mi casa sin ayuda.
 - Necesito ayuda desde mi puerta hasta la camioneta en la acera.
 - Necesito ayuda desde la camioneta hasta la puerta de mi destino.
 - A veces necesitaba ayuda hacia o desde la camioneta cuando,
 - Notificaré a Good Earth Transit al reservar mi viaje si necesito ayuda adicional más allá de la acera.
 - Explique por qué y cuándo necesitará ayuda adicional.
6. Enumere sus cinco viajes más frecuentes y cómo llega ahora.
1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD O ESTADO DE SALUD

Indique todas las condiciones que afecten su capacidad para utilizar el autobús.

1. Condiciones médicas generales

- Ninguno
- cáncer insuficiencia renal neumonía
- Diabetes trasplante de organo
- Otro _____

2. Condiciones de los huesos y las articulaciones

- Ninguno
 - Amputación de: Espondiloartritis anquilosante Hueso roto
- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| <i>(Por favor especifica)</i> | <input type="radio"/> Artritis | <i>(Por favor especifica)</i> |
| | <input type="radio"/> Fusión | |
| | <input type="radio"/> Osteoartritis | |
| | <input type="radio"/> Osteoporosis | |
- Otro _____

3. Cerebro / Nervios / Condiciones Musculares

- Ninguno
- Enfermedad de Alzheimer
- Hemiplejía
- Pospolio
- Daño cerebral
- Corea de Huntington
- Cuadriplejía
- Parálisis cerebral
- Esclerosis múltiple
- Espina bífida
- Demencia
- Distrofia muscular
- Carrera
- Epilepsia
- Paraplejía
- Vértigo / mareos
- Guillain Barre
- Enfermedad de Parkinson
- Otro _____

4. Afecciones cardíacas y circulatorias

- Ninguno
- Angina
- Infarto de miocardio
- Cirugía de corazón
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad vascular periférica
- Edema
- Alta presión sanguínea
- Otro _____

5. Condiciones respiratorias y pulmonares

- Ninguno
- Alergias
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Enfisema
- Asma
- Fibrosis quística
- Cáncer de pulmón
- Otro _____

6. Condiciones de visión / audición / habla

- Ninguno
- Afasia
- Glaucoma
- Problemas de audición
- Cataratas
- Legalmente ciego
- Parcialmente visto
- Sordo ciego
- Sordo
- Déficit de campo visual
- Retinopatía diabética
- Ceguera nocturna
- Otro _____

7. Condiciones de desarrollo / mentales

- Ninguno
- Autismo
- La discapacidad del desarrollo
- Enanismo
- Retraso mental:
- desorden de ánimo
- Psicosis
- Templado
- Moderado
- Grave
- Otro _____
- Templado
- Moderado
- Grave
- Thought Disorder

8. ¿Su condición de salud o discapacidad es temporal?

- Sí ←

¿Cuánto tiempo espera que dure?

Número de años _____

- No ←

How long have you had this condition or disability?

- No sé ←

Desde el nacimiento Número de años: _____

9. ¿Su discapacidad o condición de salud cambia de vez en cuando de manera que afecte su capacidad para usar el autobús?

- Sí ←

Por favor describa:

- No

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DE USO DE AUTOBÚS DE RUTA FIJA

(Responda todas las preguntas incluso si no viaja en el autobús regular de ruta fija).

1. ¿Utiliza el servicio de autobús regular (ruta fija)?

- Sí ←

Cuantos días a la semana _____

Cuantos días al mes _____

- No

- No, pero solía viajar en autobús

2. ¿Puede comunicarse con un conductor de autobús usted mismo o con la ayuda de una ayuda (como un pizarrón o tarjetas de identificación de ruta de autobús)?

- Sí
 No ⇐

Por favor marque todos los que apliquen.

- No puedo entender al conductor
 Necesito una ayuda para la comunicación y no la tengo
 Otras personas no pueden entenderme
 Otro _____

3. ¿Cuántas cuadras hay que recorrer para llegar a una parada de autobús?

- menos de dos dos a cuatro más de cuatro No lo sé

4. Con ayuda de movilidad o por su cuenta, ¿puede llegar a la parada del autobús?

- Sí
 No ⇐

Por favor marque todos los que apliquen.

- No encuentro la parada porque me confundo
 Necesito que alguien me ayude a llegar
 podría con entrenamiento
 No quiero viajar en los autobuses de servicio de ruta fija
 El suelo es demasiado irregular para que pueda llegar
 No puedo ir tan lejos
 Las fuertes lluvias me hacen imposible llegar allí
 Otro _____

5. ¿Puede esperar 10 minutos en una parada de autobús que no tiene asientos ni refugio?

- Sí
 No ⇐

Por favor marque todos los que apliquen.

- Me siento demasiado confundido y podría perderse
 No me gusta esperar tanto
 Estar de pie durante 10 minutos me cansa demasiado para viajar en autobús.
 El clima muy frío es peligroso para mi salud
 El clima muy caluroso es peligroso para mi salud
 Otro _____

- No, pero podría esperar 10 minutos en una parada que tiene asientos y refugio.

6. ¿Sabe dónde bajarse del autobús o puede averiguarlo?

- Sí
- No ⇐

Por favor marque todos los que apliquen.

- Me confundo o no recuerdo adónde voy
- No sé dónde está la parada del autobús
- Necesito una ayuda para la comunicación y no la tengo
- podría con entrenamiento
- Otro _____

7. Desde donde se detiene el autobús para dejarlo bajar, ¿puede dirigirse al lugar al que debe ir?

- Sí
- No ⇐

Por favor marque todos los que apliquen.

- Me confundo o no recuerdo adónde voy
- Necesito que alguien me ayude a llegar
- Me siento inseguro allí
- No quiero tomar el autobús
- El suelo es demasiado irregular o empinado para que pueda llegar
- No puedo caminar tan lejos
- podría con entrenamiento
- Otro _____

8. ¿Existen otras condiciones que limitan su capacidad para usar el autobús?

- Sí ⇐

- No

SECCIÓN 5. FIRMA DEL SOLICITANTE

No se separe: debe enviarse con la solicitud.

Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la denegación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito se divulgará a quienes realicen esos servicios. Entiendo que TPCG puede comunicarse con el profesional de la salud que haya completado la Verificación profesional adjunta a esta solicitud para confirmar esta información.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Persona que completa el formulario si no es el solicitante (marque uno):

- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según la información que me proporcionó el solicitante.
- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en base a mi propio conocimiento de la condición de salud o discapacidad del solicitante.

Excepciones o adiciones:

Apellido

Primer nombre

Inicial

Habla a

Ciudad

Código Postal

Fecha:

____/____/____

Teléfono durante el día

Teléfono durante la noche

Relación con el solicitante

SECCIÓN 6. Verificación profesional

NOTA: Esta parte de la Solicitud de certificación de elegibilidad de paratransito de TPCG debe ser completada por uno de los siguientes profesionales con licencia actual: Enfermera titulada, Médico, Trabajador social, Psicólogo, Terapeuta físico, Quiropráctico, Terapeuta ocupacional, Patólogo del habla, Enfermero practicante, Asistente médico, Consejero de salud mental, terapeuta respiratorio, consejero de rehabilitación vocacional o terapeuta de recreación empleado por un centro médico.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es un proyecto de ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. Para satisfacer sus necesidades, los sistemas de autobuses públicos deben proporcionar una variedad de servicios.

El solicitante puede ser elegible para el servicio de transporte de paratransito para todos los viajes que solicite, o elegible (según la capacidad funcional) para algunas solicitudes de viajes, pero no para otras, o capaz de usar el autobús regular.

NOTA: Todos los autobuses de TPCG son vehículos de piso bajo que eliminan los escalones para ingresar a un autobús y cuentan con rampas para sillas de ruedas.

La información que proporcione nos permitirá tomar una determinación adecuada para cada solicitud de viaje. Toda la información se mantendrá confidencial. Gracias por su asistencia.

Capacidad en la que conoce al solicitante:

¿Cuál es el diagnóstico de discapacidad del solicitante? Describa lo más específicamente posible en términos sencillos:

¿La condición del solicitante le impide usar un autobús equipado con rampa de piso bajo?

¿Es esta condición temporal?

No Sí, por _____ meses

He revisado toda la información contenida en esta solicitud y por la presente certifico que toda la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Excepciones o adiciones:

Nombre y título en letra de imprenta

Firma

Clínica / Agencia

Habla a

Ciudad

Código Postal

Fecha:

____/____/____

Teléfono

()

Número de licencia, registro o
certificación profesional:
