# Application for Metro Mobility ADA Paratransit Service

*Date Recv’d:*

(Office use only)

APLICANTES: Todas las preguntas deben ser llenadas COMPLETAMENTE. Por favor, lea atentamente las instrucciones. FIRMA y FECHA esta aplicación en la página 5.

*Para las siguientes preguntas, imprima sus respuestas de forma legible.*

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Apellido) (Primero) (Medio)

Dirección:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Completaste esta solicitud por ti mismo?

Si

□

No (Si no, la persona que le ayuda a completar la solicitud debe completar la Parte B de la certificación en la página 5.)

□

Si es diferente del solicitante, por favor dé el nombre y el número de teléfono de la persona que puede concertar una cita de entrevista / evaluación para el solicitante.

Nombre: Teléfono:

Por favor enumere a una persona que vive localmente que podría ser contactada en una emergencia:

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

Teléfono diurno: \_ Teléfono por la noche:

Adjunte toda la información relevante que identifique su discapacidad e incluya cualquier documentación apropiada a esta solicitud. (Utilice páginas adicionales, si es necesario.) Usted necesitará incluir una carta de su médico, agencia o profesional que pueda verificar su capacidad funcional en lo que se refiere al autobús urbano de ruta fija.

1. Describa la discapacidad o condición que usted cree que puede hacer que sea elegible para el Servicio de Paratránsito ADA de Metro Mobility.
2. Por favor, explique cómo su discapacidad le impide montar en el servicio de autobús urbano de ruta fija:
3. A. ¿Qué ayuda o equipo de movilidad utilizas cuando viajas? (Marque todas las que correspondan)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Silla de ruedas | anadera | Oxígeno portátil |
| bastón blanco | aparato ortopédico | Animal de servicio |
| Otro: |  |  |

## Si utiliza una silla de ruedas, por favor responda 3B a 3D.

1. ¿Qué tipo de silla de ruedas es? Manual

□

□

□

□

□

□

□

□

□

Motorizada

□

Scooter

1. What is the combined weight of you and your wheelchair?

Menos de 600 libras

□

□

1. bras o más
2. Proporcione las dimensiones aproximadas y la marca y el modelo de su silla de ruedas:

Longitud:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pulgadas

Anchura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas

Marca/Modelo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Necesita la asistencia de un asistente de cuidado personal?

Si

No

1. ¿Puede viajar desde y hacia la acera frente a su casa sin ayuda?

Si

No

1. ¿Hay alguna barrera física o del terreno (es decir, calles, aceras o bordillos) que le impida llegar o salir de una parada de autobús?

Si

No

En caso afirmativo, describa qué tipo de barreras se enfrentan y cómo le impiden llegar a la parada de autobús:

1. ¿A qué distancia está la parada de autobús más cercana a su residencia?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Qué ruta(s) de autobús es la más cercana a su residencia?
3. Al montar en la ruta fija, autobús urbano:

¿Puede pedir ayuda al conductor? Si

No

¿Puedes agarrar barandillas para subir y bajar del autobús? Si

No

¿Se puede tirar de cables, o empujar la tira de la campana con el Si fin de que el conductor sepa que desea bajar de un autobús? No

¿Eres capaz de contar tu tarifa y entregarla al conductor del autobús? Si

No

1. Si se le proporcionó capacitación en viajes y se le dio información sobre la ruta fija, el servicio de autobús urbano y las rutas, ¿cree que podría utilizar el autobús de forma independiente o con asistencia?

□

□

Yes

No

Sometimes

1. Proporcione cualquier otra información que nos ayude a comprender su nivel de movilidad:

1. ¿Necesita información de bus proporcionada en un formato alternativo?

□

□

Si

No

En caso afirmativo, compruebe todos los formatos que puede utilizar:

□

□

Braille

Large Print

Other:

**Por favor revise su solicitud para asegurarse de que cada pregunta tiene una respuesta. Una vez que lo haya hecho, firme y fecha la solicitud en la página siguiente:**

**Al firmar esta solicitud, el solicitante acepta las siguientes condiciones:**

1. Se requerirá una entrevista además de una solicitud completa.
2. Si en algún momento el solicitante ya no tiene la discapacidad como se describe, su elegibilidad para los servicios de paratránsito cesa automáticamente y ya no será elegible para usar el servicio de Metro Mobility.
3. La falsificación de información en esta aplicación dará lugar a una denegación de servicio.
4. Toda la información proporcionada en esta solicitud se mantendrá confidencial. Sólo la información requerida para proporcionar los servicios que las solicitudes individuales certificadas serán reveladas a aquellos que realizan esos servicios.
5. Una persona que se encuentra inelegible para los servicios de Metro Mobility puede apelar la decisión dentro de los 60 días de una determinación por escrito, y se le informará de los procedimientos de apelación.

## Firma del solicitante

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Autorizo a Metro Mobility a contactar por teléfono o por carta a cualquier agencia o profesional que haya indicado en este formulario con el fin de verificar la documentación de mi capacidad funcional.

Firma del solicitante: Fecha:

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

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, sobre la base de la información que me ha proporcionado el solicitante.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta sobre la base de mi propio conocimiento de la condición de salud o discapacidad del solicitante.

Nombre: Teléfono:

Relación:

Firma: Fecha:

**Por favor, devuelva esta aplicación de una de las siguientes maneras:**

**Correo:** 1015 Transit Drive, Colorado Springs, Colorado 80903

**Correo electrónico:** [metrocertifications@springsgov.com](mailto:metrocertifications@springsgov.com)

**Fax:** 719-385-5419