



Sistema de transporte NASHUA
11 RIVERSIDE CALLE
NASHUA, NUEVA HAMPSHIRE

El sistema de tránsito de Nashua (NTS) se compromete a garantizar la igualdad de acceso a sus servicios a todas las personas, independientemente de su discapacidad. Toda la información proporcionada en esta solicitud es confidencial. Por favor espere hasta 21 días para completar el proceso de solicitud. En el caso de NTS no completa la determinación dentro de los 21 días se dará presunta elegibilidad hasta que se complete el proceso.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOTA: POR FAVOR RESPONDER TODAS PREGUNTAS.

Las solicitudes incompletas no pueden ser procesados.

Escriba a máquina o letra de molde

Nueva aplicación solicitud de renovación Aplicación temporal Aplicación visitante

Nombre del solicitante: (Nombre, Apellido, Inicial) _____

Dirección de casa: _____ Apto# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Apto# _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa #: _____

En segundo lugar (de la tarde) # Número de teléfono: _____

Masculino Mujer Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ SSN ____ - ____ - ____

Necesarios para la verificación Propósitos

Para ser completado si el solicitante fue ayudado por otra persona en la finalización de la aplicación.

Nombre _____ Teléfono durante el día _____

Relación _____ Fecha _____

La persona o entidad a quien contactar en caso de emergencia:

Nombre _____ Relación _____
Calle _____ Apto# _____ Bldg # _____
Ciudad: _____ Estado _____ Código postal: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

PARTE B: SOLICITUD DE ADA PROCESO DE DAR UN TÍTULO

1. ¿Cuáles son todos los actuales medios de transporte? Por favor marque lo que corresponda.
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Para caminar | <input type="checkbox"/> Obtención de paseos con la familia o los amigos |
| <input type="checkbox"/> ayudas o equipos de movilidad | <input type="checkbox"/> Taxi / servicio de automóviles |
| <input type="checkbox"/> autobús de transporte público (NTS City Bus) | <input type="checkbox"/> ferrocarril de cercanías |
| <input type="checkbox"/> Paratransit furgoneta (NTS City Lift) | <input type="checkbox"/> el transporte de Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Conducir a ti mismo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
2. ¿Cuál de las siguientes ayudas de movilidad o equipo que se utiliza para ayudar a llegar a donde tiene que ir? Por favor marque lo que corresponda:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> tanques respirador / Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> scooter | <input type="checkbox"/> caña de guía |
| <input type="checkbox"/> Caminante | <input type="checkbox"/> animal de servicio (perro guía, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Caña | <input type="checkbox"/> No consumo ayuda a la movilidad |
| <input type="checkbox"/> muletas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> prótesis / ortesis | _____ |
- (Nota: es posible que no pueda dar cabida a usted si su silla de ruedas o scooter es más de 48", más amplio que el de 30", o si su peso total con su dispositivo de movilidad es más de 600 libras)
3. Usando una ayuda a la movilidad, equipamiento o de pie por su cuenta, lo que es más larga que la longitud de tiempo que se puede esperar para el transporte ¿solo?
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1-15 minutos | <input type="checkbox"/> 45-60 minutos |
| <input type="checkbox"/> 15-30 minutos | <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos |
| <input type="checkbox"/> 30-45 minutos | <input type="checkbox"/> No puedo esperar sin ayuda |

4. Usando una ayuda a la movilidad, equipos o caminar por su cuenta, ¿cuántas cuadras puede viajar sobre terreno plano? Marca la respuesta con un círculo abajo que mejor describa sus habilidades.
- | | | | |
|--|-------|---------|---------|
| <input type="radio"/> 1-2 manzanas | Nunca | A veces | Siempre |
| <input type="radio"/> 2-4 bloques | Nunca | A veces | Siempre |
| <input type="radio"/> 4-6 bloques | Nunca | A veces | Siempre |
| <input type="radio"/> 6-8 bloques | Nunca | A veces | Siempre |
| <input type="radio"/> Más de 8 bloques | Nunca | A veces | Siempre |
5. ¿Es capaz de subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?
- Sí No
- Si no, por favor explique: _____
6. Cómo se utiliza actualmente cualquiera de las rutas NTS City Bus?
- Sí No
- En caso afirmativo, ¿cuántos días en una semana _____
 - Si no, por favor marque lo que corresponda:
 - Tengo una discapacidad que me impide abordar un autobús NTS City
(Todos los autobuses y furgonetas NTS están adaptadas para personas minusválidas)
 - Tengo una discapacidad que me impide llegar a varias paradas de autobús de la ciudad NTS.
 - Tengo una discapacidad que me impide llegar a todas las paradas de autobús de la ciudad NTS.
 - Tengo miedo de viajar en el autobús de la ciudad NTS.
 - No tengo ningún conocimiento o experiencia con el sistema NTS autobús de la ciudad.
 - No hay una parada de autobús de la ciudad NTS cerca de mi residencia.
 - No puedo llegar a una parada de autobús por mi cuenta porque me sale desorientado o confundido.
 - Tengo una incapacidad temporal que me impide tomar un autobús NTS ciudad.
Sólo voy a necesitar utilizar el servicio de elevación NTS City hasta que me recupere.
 - Si se les da información, instrucciones o capacitación en el servicio de autobuses de la ciudad NTS, creo que podría utilizarlo.
 - Mi viaje por NTS Ciudad autobús me llevaría demasiado tiempo.
 - Tengo una discapacidad episódica. Sólo puedo usar el autobús en esos días cuando me siento así,
sino en "días malos", no puedo.

7. ¿Qué le ayudaría paseo en el NTS City Bus si no está utilizando?
- Por favor marque lo que corresponda:
 - Levante autobuses accesibles.
 - Saber más sobre el NTS City Bus
 - Me gustaría viajar si había accesibles rutas de autobuses de la ciudad en las que necesito para ir.
 - Otros (especificar)_____
8. ¿Sería capaz de llegar al o desde la ruta NTS City Bus si se va a usar?
- Sí A veces No
- Si sólo algunas veces o nada en absoluto, por favor marque lo que corresponda:
 - No puedo caminar más allá de _____.
 - Me confundo o no puedo recordar dónde voy.
 - Yo no quiero montar el sistema NTS City Bus
 - No puedo cruzar la calle o intersecciones PORQUE _____
 - No puedo ir a los lugares sin cortes en los bordillos, aceras pavimentadas, o si el suelo es demasiado desigual
 - Otros (especificar)_____
9. ¿Sería capaz de seguir instrucciones escritas u orales para usar el autobús NTS City?
- Sí No
10. ¿Es capaz de transferir de un NTS City Bus a otro?
- Sí No
- Si no, por favor marque lo que corresponda:
 - Estoy demasiado confundido y podría perderse
 - No me gusta para transferir
 - No puedo realizar una transferencia de papel
 - No quiero utilizar el sistema de transporte de ruta fija y / o
 - Otro:_____
11. ¿Sería capaz de comunicarse con el conductor del autobús por sí mismo?
- Sí No
- Si no, por favor marque lo que corresponda:
 - No puedo entender el conductor
 - Otras personas no pueden entenderme
 - Voy a necesitar una ayuda para la comunicación y no tienen una
 - Otros (especificar):_____

12. ¿Usted viaja con un asistente de cuidado personal (PCA, por ejemplo, una persona como un auxiliar de hogar o amigo que le ayuda a su destino o cuando está de viaje)?

- No, no necesito un PCA
- Sí, necesito un PCA para ayudarme viajes
- Sí, a veces necesito un PCA mientras estoy en mi destino

13. Es su incapacidad temporal?

- Sí
- No

• En caso afirmativo, indique cuánto tiempo cree que la incapacidad temporal continuará:

- 1 mes
- 2 meses
- Otros (cuántos meses?)_____

14. ¿Su condición de afectado por el clima?

- Sí
- No

• En caso afirmativo, explique:_____

15. Si ha utilizado el NTS autobús de la ciudad en el pasado y ha dejado de usarlo, ¿por qué te detienes?

16. ¿Hay algo más que quieras decirnos acerca de su discapacidad o condición de salud que podrían ayudar a entender sus capacidades o limitaciones de viaje mejor?

17. NTS ofrece Formación Viaje a personas a las que serían capaces de utilizar el sistema NTS City Bus totalidad o parte de las veces para viajes de rutina en lugar del servicio de elevación paratransito NTS ciudad. ¿Estaría usted interesado en la formación de los viajes?

- Sí No

- Por favor, explicamos cómo podemos ayudar o por qué no sería una opción:

Las preguntas de esta página son opcionales y no se utilizarán para determinar la elegibilidad. Por favor tome el tiempo para responder a las siguientes preguntas, ya que pueden ayudar a entender el sistema NTS autobús de la ciudad y le ayudará a determinar si NTS entrenamiento para viajar podría ser su mejor opción.

1. ¿A qué distancia está el NTS más cercanos Ciudad Parada del bus a su casa?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 - 1 en el bloque | <input type="checkbox"/> 6 - 8 bloques |
| <input type="checkbox"/> 2 - 4 bloques | <input type="checkbox"/> Más de 8 bloques |
| <input type="checkbox"/> 4 - 6 cuabras | <input type="checkbox"/> No lo sé |

2. Frecuente destino (s)

Detener más cercano (s) autobús

3. ¿Cómo ve actualmente viaja a sus destinos más frecuentes? Marque todo lo que corresponda:
- Autobús de la ciudad Ascensor City Seguro de enfermedad
 Taxi
 Alguien me vuelve conducir yo Otra especificar) _____

4. Enumerar los tres (3) lugares que usted va a más a menudo y cómo llegar allí ahora.

¿A donde vas? _____
 Dirección _____
 ¿Cómo se llega allí ahora? _____

¿A donde vas? _____
 Dirección _____
 ¿Cómo se llega allí ahora? _____

¿A donde vas? _____
 Dirección _____
 ¿Cómo se llega allí ahora? _____

5. ¿Necesita transporte por lo menos tres veces a la semana para los viajes regulares a un destino en particular?

- Sí No

- Si es así, por favor marque lo que corresponda:

- Diálisis Cuidado para Adultos
 Terapia Mayor Centrar
 Colegio Otro: _____
 Trabajo voluntario
 Trabajo

PARTE C: ACUERDO SOLICITANTE Y INFORMACIÓN

ACUERDO DE CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD Y CONDICIONES

(Todos los solicitantes deben firmar este acuerdo)

Yo entiendo que tengo que programar una cita con el gestor de movilidad para revisar la información en esta solicitud. El propósito de este proceso es determinar si soy elegible para utilizar Servicios de Paratransito ADA. Afirmo que toda la información que proporciono en esta solicitud es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación y que la falsificación de cualquier información relevante dará lugar a la revocación de la inscripción. También entiendo que la falta de adhesión a las políticas y procedimientos para utilizar el servicio de elevación NTS City será motivo para suspender mi elegibilidad en este programa.

x _____
Firma de la parte solicitante o Responsable

Fecha

Autorización para la Divulgación de Información

(Todos los solicitantes deben completar la Parte D)

Autorizo al profesional que ha completado la Parte D de esta solicitud, a proporcionar información acerca de mi discapacidad o estado de salud y su efecto sobre mi capacidad de viajar en el servicio de autobuses de la ciudad NTS. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se revoque antes, esta forma permitirá que el profesional de completar la Parte D para liberar la información descrita hasta 60 días a partir de la fecha de esta solicitud es revisada con usted por el Gestor de Movilidad NTS. Entiendo que toda la información médica, que se proporciona, sobre mi discapacidad o estado de salud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley.

x _____

Firma de la parte solicitante o Responsable

_____ *Fecha*

(AMERICANOS CON DisabilitesADA) PROCESO DE APELACIÓN

Si tu ADA transporte informal resultados de la determinación de elegibilidad en la constatación de no elegible para recibir el servicio de paratransito o en una determinación de elegibilidad limitada o condicional y que sienten que esta determinación se ha hecho por error, usted tiene el derecho de apelar esta determinación.

Para presentar esta apelación debe notificar NTS por escrito dentro de los 60 días siguientes a la fecha en la carta de determinación. Después de recibir su apelación, se programará una audiencia para evaluar su caso. El proceso de la audiencia (que no debería tardar más de 30 días) le permitirá presentar la información y los argumentos en su nombre. Es posible que tenga otros presentes que conocen de su impedimento físico o mental y que puede hablar en su nombre, pero usted debe pagar el costo de estos otros portavoces. Después de la audiencia, se le informará por escrito de la decisión de la junta de apelaciones. La decisión de la junta de apelación es definitiva.

NTS no está obligado a proporcionar el servicio de paratransporte mientras su apelación está en estudio. Si la junta de apelaciones no ha tomado su decisión dentro de los 30 días de haber recibido su apelación, usted tiene derecho a paratransito servicio desde ese momento hasta que se tome una decisión final.

Si actualmente tiene ADAelegibilidad entonces su elegibilidad y sus condiciones no cambiará durante 60 días después de una determinación de recertificación para permitir al solicitante tiempo para la transición a otros medios de transporte, recibir entrenamiento para viajar, y / o presentar una apelación. Si presenta una apelación, entonces su elegibilidad servicio cambiará inmediatamente a la espera del resultado de su apelación.

PARTE D: SALUD CUIDADO VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Un profesional de la salud autorizado o certificado que pueda verificar su discapacidad, condición de salud y entiende sus capacidades funcionales debe completar esta parte del formulario. Los ejemplos de los profesionales de la salud que deben completar esta parte se incluyen:

- Médico (MD o DO)
- Enfermera registrada
- Psicólogo

Estimado Profesional de la Salud:

Se le está pidiendo a completar una evaluación de la discapacidad del solicitante que impide su / su capacidad para utilizar el sistema de tránsito de Nashua (NTS) sistema de autobuses de ruta fija (Ciudad de

autobús). Al completar y firmar este documento usted (el profesional de la salud) se certifique la veracidad y exactitud de la información proporcionada en esta solicitud, a lo mejor de sus conocimientos profesionales.

El programa NTS paratransporte ADA (Ciudad de elevación) está parcialmente financiado por el Gobierno Federal. Ley Federal (The American with Disabilities Act de 1990) exige que NTS proporcionan servicios a las personas que no pueden utilizar nuestro sistema de autobús de ruta fija (Ciudad de autobús). Sin embargo, los recursos para los servicios de elevación NTS City son limitados y ley federal también requiere que limitemos estrictamente elegibilidad sólo a aquellos quienes necesitan el servicio. La información que proporcione permitirá NTS para hacer una evaluación adecuada de la presente solicitud de servicio de la ciudad Ascensor.

Para disfrutar de la ciudad de Levante, una persona debe ser capaz de utilizar el servicio de autobuses de ruta fija y cumplir con los siguientes criterios de elegibilidad:

- Como resultado de su discapacidad, no pueden subir, viajar o desembarcar de un autobús de la ciudad NTS.
- Tienen una condición específica relacionada con el deterioro que les impide llegar hasta o desde un autobús de la ciudad.

Su evaluación de cada persona debe basarse únicamente en la capacidad del individuo para utilizar el NTS autobús de la ciudad.

Tenga en cuenta que los individuos no son elegibles para este servicio si su discapacidad o condición de salud sólo hace que sea más difícil o inconveniente para utilizar el servicio de autobús de la ciudad. Además me gustaría que sepan que todos los Autobuses Urbanos de NTS son accesibles a las personas con discapacidad y cada autobús está equipado con un elevador de silla de ruedas, y un primer paso de rodillas. Los conductores también hacen anuncios de paradas para las personas con deficiencias visuales.

En la página de proceder, la demandante debería haber firmado "una autorización para la divulgación de la información." Tenga en cuenta que toda la información respecto a la condición de discapacidad y la salud del solicitante será tratada estrictamente confidencial por NTS en la medida máxima permitida por la ley.

Si la solicitud no está completa puede ser devuelto para que lo complete, y esto retrasará la tramitación de la solicitud.

Gracias por su ayuda en el suministro de información vital necesaria para determinar la elegibilidad para este importante servicio que usted. No dude en llamar a la oficina de elegibilidad de ADA al NTS603-821-2030 hablar con el gestor de movilidad en cualquier momento en caso de tener preguntas sobre el servicio o esta aplicación.

1. Nombre del solicitante: _____

2. Calidad en que se conoce el solicitante: _____

3. En promedio, la frecuencia de la demandante visto por usted? _____

4. ¿Cuándo fue la última vez solicitante tratado o visto por usted? _____

5. Por favor, compruebe todas las discapacidades que puedan menoscabar la capacidad del solicitante para viajar:

Neuromuscular

- Parálisis cerebral
- Distrofia muscular
- Enfermedad de Parkinson
- Artritis
- Tiempos / Trauma Cerebral
- cuadriplejía
- Esclerosis múltiple
- Paraplejía
- Otro: _____

Médico general

- SIDA
- Diabetes (grave)
- Lupus
- Cáncer
- Epilepsia (grave)
- La enfermedad renal / diálisis
- Otro: _____

Cardiovascular

- Arteriosclerosis
- Fibrosis quística
- Enfisema
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad vascular periférica
- Trombosis (crónica)
- Asma
- Ataque al corazón
- Otro: _____

Cognitiva / Psicológica

- la enfermedad de Alzheimer
- Demencia
- Síndrome de Down
- Fobia
- Trauma de la cabeza
- Trastorno de pánico
- Autismo
- Esquizofrenia
- Otro:

<i>VISIÓN</i>		
Marque todo lo que corresponda	Un ojo	Los dos ojos
Las cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La ceguera cortical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El glaucoma (todos los tipos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Degeneración macular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
retinopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legalmente ciego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
totalmente ciego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>AUDICIÓN</i>		
Marque todo lo que corresponda	una Oreja	Ambos oídos
Parcialmente sordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
completamente sordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Tiene el solicitante utiliza ningún tipo de ayuda para movilizarse?

- Sí A veces No

• Si es así, ¿qué tipo?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Respirador del tanque / Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Caminante | <input type="checkbox"/> animal de servicio (perro guía, etc ...) |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Caña |
| <input type="checkbox"/> scooter | <input type="checkbox"/> caña de guía |
| <input type="checkbox"/> muletas | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

7. ¿Puede el traslado de un solicitante / otra ayuda para movilizarse en silla de ruedas a un asiento del pasajero en caso de necesidad?

- Sí No

8. Por favor circule sí o no para indicar si el solicitante puede hacer cualquiera de las siguientes acciones:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Viajar a 2 cuadras (1/4 milla) sin ayuda | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Viajar 6 bloques (3/4 milla) sin ayuda | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Subir tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Reposar durante 15 minutos si no hay lugar para sentarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Dará un número de teléfono y dirección a petición | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Reconocer un destino o punto de referencia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en la rutina | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Pedir, entender y seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Segura cruce de calles e intersecciones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="radio"/> Ser dejado sin atención en un pick-up o lugar de retorno | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |

9. Es temporal condición del solicitante?

- No
- Sí, ¿Por cuánto tiempo? _____ Explique: _____
- _____
- _____
- _____

10. Qué habilidades de los candidatos funcionales para viajar cambio debido a los tratamientos médicos, medicamentos, condiciones ambientales (calor, humedad, frío, hielo y nieve) u otros factores relacionados?

No

Sí, explique: _____

11. Sírvanse proporcionar (tipo o imprimir) una evaluación narrativa del nivel funcional del solicitante de la movilidad.

12. Sería la condición del solicitante él / ella evitar que utilice el autobús NTS City?

No

Sí, por favor explique en detalle: _____

x _____
Profesionales del cuidado médico Firma
el día

Título:

Número de teléfono durante

Profesionales del cuidado médico Nombre (letra de imprenta)

Fecha

Nombre de la agencia de la empresa

Dirección

Gracias de nuevo por su ayuda. NTS puede comunicarse con la certificación de Profesional Sanitario para verificar la exactitud de la información. NTS tomará la decisión final en cuanto a la elegibilidad del solicitante.

**NTS PARA USO EXCLUSIVO
NO ESCRIBA EN ESTE CAJA**

Aplicación recibida: _____ Certificación Fecha: _____ Estado: Elegible condición de Elegibilidad denegado

Ingresó a la base de datos: _____ Carta enviada: _____ Apelación Fecha: _____

Período de elegibilidad: 3 años 1 año Visitante Temporal a _____

PCA Confirmado por: _____ Fecha: _____

Comentarios / Condiciones: _____

