



SOLICITUD DE PARATRANSITO COMPLEMENTARIO DE LA ADA

Información general

Gracias por su interés en el servicio de paratransito complementario ADA de Nashua Transit System (NTS). Se adjunta una solicitud de Certificación de elegibilidad para el paratransito complementario de la ADA, así como las instrucciones que describen el proceso de certificación. NTS proporciona el servicio de paratransito complementario de la ADA a las personas que no pueden usar el servicio de autobús de ruta fija de NTS debido a un impedimento físico o mental, ya sea todo el tiempo, temporalmente o solo bajo ciertas circunstancias.

El servicio de paratransito complementario de la ADA de NTS proporciona un servicio de viaje compartido de origen a destino a las personas que se determina que son “elegibles para el paratransito de la ADA” solo para aquellos viajes que no se pueden realizar utilizando el servicio de ruta fija regular de NTS. El servicio de paratransito complementario de NTS ADA cubre $\frac{3}{4}$ de una milla de la línea de autobús de ruta fija de NTS y el tiempo de sus viajes debe estar dentro de las horas del servicio de ruta fija de NTS.

Instrucciones de aplicación

1. Complete las PARTES 1, 2, 3 y 4 en su totalidad.
2. Una vez que haya completado las PARTES 1-4, lleve o envíe la solicitud completa a un profesional de la salud autorizado o certificado. El profesional debe completar la PARTE 5: VERIFICACIÓN MÉDICO PROFESIONAL.
3. Envíe las solicitudes completas a la dirección que figura a continuación o envíelas por fax al (603) 821-2042.

Nashua Transit System
11 Riverside Street
Nashua, NH 03062

NOTA: Es muy importante que las solicitudes se llenen por completo. Las solicitudes incompletas e ilegibles se retirarán después de sesenta (60) días de haberlas recibido y deberá iniciar el proceso de solicitud nuevamente.

Evaluación y notificación

Cuando tengamos todos los materiales de su solicitud, tomaremos una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días y se le notificará la decisión por escrito. Hay tres (3) tipos de elegibilidad: incondicional, condicional o temporal. La carta explicará su estado de elegibilidad, así como las condiciones impuestas a su servicio. Si se requiere tiempo adicional más allá de los 21 días para completar la evaluación y determinación, se le otorgará elegibilidad temporal hasta que se complete la determinación final.

Si no está satisfecho con su determinación de elegibilidad, puede apelar esta decisión por escrito. El servicio de paratransito complementario de la ADA no se proporcionará durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no pueda concluirse dentro de los 30 días.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o los servicios complementarios de paratransito, comuníquese con el Gerente de movilidad de tránsito al (603) 880-0100 extensión 4.



SÓLO PARA USO DE OFICINA

Date Application Received: _____

Date Eligibility Determination: _____

Date Eligibility Expiration: _____

Eligibility: Unconditional Conditional Temporary Denied

PCA Approved: Yes No

Solicitud de paratransito complementario

Nueva aplicación

Solicitud de renovación

Solicitud de visitante

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre (Impresión): _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Dirección: _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal) (Apto#)

Dirección postal (si es diferente): _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal) (Apto#)

Teléfono (principal): _____ (Secundario): _____

Correo electrónico: _____ FDN: _____

Contacto de Emergencia

Nombre (impresión): _____ Relación: _____

Teléfono (principal): _____ (Secundario): _____

Correo electrónico: _____

PARTE 2: SOLICITUD DE TRANSPORTE

1. Explique cómo su condición le impide utilizar el autobús de ruta fija (páginas adjuntas si es necesario).

2. ¿Cuál es el estado de su condición?

- Corto plazo: indique la duración prevista de su afección: _____ mes (es).
- A largo plazo: la afección tiene potencial de mejora o períodos prolongados de remisión.
- Permanente: la condición no mejorará.

3. ¿Su condición cambia de vez en cuando de manera que afecte su capacidad funcional para usar un autobús de ruta fija? (es decir, el dolor crónico puede variar según el nivel de actividad, las condiciones climáticas, etc.)

- Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

4. Marque todas las ayudas para la movilidad o el equipo que utiliza actualmente, si corresponde.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón para caminar | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Patineta eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Bastón ortopédico (3-4 puntas) | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | |
| <input type="checkbox"/> Respirador / Tanque de oxígeno | <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo (para personas con problemas de visión) | |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Animal de servicio / guía |
| <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

5. ¿Viaja con un asistente de cuidado personal (PCA, por ejemplo, una persona como un asistente a domicilio o un amigo que lo asiste en su destino o cuando viaja)?

- Sí No a veces

En caso afirmativo o en ocasiones, marque a continuación todas las declaraciones que se apliquen a la ayuda que recibe de esta persona:

- Llegar hacia o desde el vehículo
- Subir o bajar del autobús
- Ayudarle una vez que haya llegado a su destino
- Otro (describir): _____

6. Por su cuenta, o usando su dispositivo de asistencia, ¿qué tan lejos puede viajar en un terreno nivelado?

- Menos de 1 bloque (264 pies) Hasta 4 bloques (1,056 pies)
- Hasta 2 bloques (528 pies) Más de 4 bloques (> 1,056 pies)

7. Por su cuenta, o usando su dispositivo de asistencia, ¿cuál es el tiempo más largo que puede esperar para recibir transporte?

- 1-10 minutos 10-20 minutos
- 20-30 minutos 30-40 minutos

8. Compruebe cada una de las siguientes condiciones que le impedirían llegar y volver de las paradas sin la ayuda de otra persona.

- Colinas empinadas No hay cortes en las aceras Lluvia intensa
- Sin aceras Intersecciones sin señales para peatones Clima cálido
- Sin cruces peatonales Nieve o hielo Clima frío

9. Si es elegible para este servicio, usted ... (marque todas las opciones que correspondan)

- Poder encontrarse con el vehículo en la acera.
- Necesita ayuda desde la puerta de su punto de recogida hasta el vehículo.
- Necesita asistencia desde el vehículo hasta la puerta de su destino.

10. SIN la ayuda de otra persona, puede:

- ¿Pide, comprende y sigue instrucciones escritas o habladas? Sí No A veces
- ¿Cruzar la calle, ya sea por su cuenta o con un dispositivo de asistencia? Sí No A veces
- ¿Bajarse de la acera del bordillo? Sí No A veces
- ¿Encontrar el camino a la parada de autobús si se muestra el camino? Sí No A veces
- ¿Subir tres escalones de 12 pulgadas? Sí No A veces

11. ¿Viaja actualmente en los autobuses de ruta fija NTS?

- Sí No

Si es así, ¿cuántos días en un mes? _____

Si no, responda # 11.

12. ¿Alguna vez ha viajado en autobuses de ruta fija NTS?

- Sí No

Si es así, ¿por qué se detuvo? _____

13. Si fuera a viajar en un autobús de ruta fija, ¿podría identificar el autobús correcto para abordar y la parada de destino?

- Sí No

En caso negativo, explique: _____

14. Sí se le proporcionase la formación y la práctica adecuadas, ¿podría utilizar el servicio de autobús de ruta fija de NTS?

- Sí No A veces

Si la respuesta es No o A veces, explique: _____

PARTE 3: ENCUESTA OPCIONAL

Las preguntas de esta página son opcionales y no se utilizarán para determinar la elegibilidad.

1. Destino (s) frecuente

Paradas de autobús más cercanas

2. ¿Cómo viajas actualmente a tus destinos más frecuentes? Marque todo lo que corresponda:

- Ruta fija Respuesta a la demanda Medicaid Taxi
- Alguien me conduce Manejo yo mismo Otro (especifique) _____

3. ¿Necesita transporte al menos tres (3) veces por semana para viajes programados regularmente a un destino en particular?

- Sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- Diálisis Guardería para adultos Terapia Centro para personas mayores
- Escuela Trabajo voluntario Trabajo Otro (especifique)_____

4. Si respondió “Sí” a la pregunta anterior, ¿qué días de la semana necesita transporte regular? (Marque todo lo que corresponda)

- Lunes
- martes
- miércoles
- Jueves
- viernes
- sábados

PARTE 4: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

I, _____ el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para usar el servicio de paratransito complementario ADA del Sistema de Tránsito de Nashua. Por la presente autorizo a mi profesional de la salud con licencia / certificado a divulgar información sobre mi discapacidad y su efecto en mi capacidad para viajar utilizando el servicio de autobús de ruta fija accesible, que puede ser necesario en relación con mi solicitud de certificación de elegibilidad de paratransito complementario de la ADA. Estoy de acuerdo en divulgar esta información a NTS y entiendo que la información divulgada se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para el paratransito complementario de la ADA. Este comunicado autoriza a NTS a comunicarse directamente con mi profesional de la salud para obtener más información o aclarar la información proporcionada.

Estoy de acuerdo en notificar a NTS de cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecte mi capacidad para utilizar el servicio de paratransito complementario de la ADA. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud podría resultar en la pérdida del servicio de paratransito complementario de la ADA, así como en una multa según la ley.

Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación y que la tergiversación de cualquier información material dará lugar a la revocación de mi registro. También entiendo que no cumplir con las políticas y procedimientos para usar el servicio de Paratransito Complementario de la ADA será motivo para suspender mi elegibilidad en este programa. Applicant

Firma: _____ Fecha: _____

Sí otra persona que no sea el solicitante ha completado este formulario, marque uno y complete la información a continuación:

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.

Nombre (letra de imprenta): _____ Número de contacto: _____

Dirección: _____

Agencia o Clínica (si corresponde): _____

Relación con el solicitante: _____

Fecha: _____ Firma: _____

PARTE 5: VERIFICACIÓN MÉDICO PROFESIONAL

Esta sección debe ser completada por un profesional de la salud autorizado o certificado.

Estimado profesional de la salud:

La ley federal requiere que Nashua Transit System (NTS) proporcione el servicio de paratransito complementario de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) a las personas que no tienen la capacidad funcional o cognitiva para utilizar el sistema de autobús de ruta fija accesible de NTS.

La información que proporcione en el formulario de verificación profesional médico adjunto permitirá a NTS realizar una evaluación adecuada de la movilidad del solicitante y determinar cómo podemos satisfacer mejor sus necesidades.

De acuerdo con la "Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990" (ADA) y sus regulaciones, Sección 37.123 (e), hay dos circunstancias específicas bajo las cuales una persona sería considerada elegible para el servicio de Paratransito Complementario ADA de NTS:

1. Cualquier individuo con una discapacidad que no pueda, como resultado de un impedimento físico o mental (incluido un impedimento de la vista), y sin la ayuda de otro individuo (excepto el operador de una rampa para sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar), para abordar, montar o desembarcar de cualquier vehículo del sistema que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidades.
2. Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición específica relacionada con una discapacidad que le impida viajar a un lugar de embarque o de un lugar de desembarque en dicho sistema.

Tenga en cuenta que esto no incluye a las personas a las que les resulta incómodo o difícil ir y venir de las paradas de autobús.

Los recursos para este servicio son limitados y su evaluación de cada persona debe basarse únicamente en la capacidad de la persona para utilizar el servicio regular de tránsito de ruta fija. Todos los autobuses de ruta fija son totalmente accesibles y cumplen con la ADA. Su verificación debe considerar solo la presencia de una condición discapacitante, no la edad o el estado económico del solicitante. Es fundamental que sea lo más preciso posible en su evaluación. La verificación falsa podría resultar en sobrecargar el servicio de Paratransito NTS ADA e impactar adversamente a las personas legítimamente calificadas para usar este servicio.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o el proceso de revisión, comuníquese con Nashua Transit System al (603) 880-0100 extension 4.

Nombre y título: _____

Nombre de la profesión o agencia de atención médica: _____

Dirección de la oficina del proveedor: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Nombre del solicitante: _____

Relación con el solicitante: _____ Última vez visto: _____

1. Explique cómo la condición del solicitante le impide usar el sistema regular de autobús accesible de la ADA. ¿Qué condiciones específicas contribuyen a la movilidad y / o limitaciones cognitivas del solicitante?

2. ¿Cuál es el estado de la discapacidad del solicitante?

- Corto plazo: indique la duración prevista de la discapacidad del solicitante: _____ mes (es).
- A largo plazo: la discapacidad tiene potencial para mejorar o períodos prolongados de remisión.
- Permanente: la discapacidad no mejorará.

3. ¿La discapacidad del solicitante requiere que viaje con un asistente de cuidado personal (PCA)?

- Sí
- No
- A veces

En caso afirmativo o en ocasiones, explique por qué: _____

4. Marque las casillas de las ayudas para la movilidad o el equipo que el solicitante utiliza actualmente, si corresponde.

- Bastón para caminar
- Andador
- Patineta eléctrica
- Bastón ortopédico (3-4 puntas)
- Aparatos ortopédicos para las piernas
- Respirador / Tanque de oxígeno
- Bastón blanco largo (para personas con problemas de visión)
- Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas eléctrica
- Animal de servicio / guía
- Muletas
- Prótesis
- Otro _____

5. Por su cuenta, o usando su dispositivo de asistencia, ¿hasta dónde puede viajar el solicitante en un terreno nivelado?

- Menos de 1 bloque (264 pies) Hasta 4 bloques (1,056 pies)
 Hasta 2 bloques (528 pies) Más de 4 bloques (> 1,056 pies)

6. Por su cuenta, o usando su dispositivo de asistencia, ¿cuál es el tiempo más largo que pueden esperar para el transporte?

- 1-10 minutos 10-20 minutos
 20-30 minutos 30-40 minutos

7. ¿El solicitante puede viajar hacia y desde una parada de autobús?

- Sí No

Si no, seleccione todos los que correspondan:

- No se puede negociar si la calle o la acera son demasiado empinadas.
 No se puede viajar si no hay cortes en la acera.
 No puede cruzar calles e intersecciones con mucho tráfico.
 Incapaz de tolerar temperaturas extremas.
 No puedo ubicar las paradas de autobús debido a una discapacidad visual.
 Se confunde fácilmente y puede perderse.
 Otro: _____

8. Indique la capacidad del individuo para realizar de forma independiente las siguientes funciones.

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Proporcione la dirección y el número de teléfono cuando lo solicite | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| Reconocer un destino o punto de referencia | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en la rutina | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| Preguntar, comprender y seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| Quedarse desatendido en un lugar de recogida o entrega | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |

Mi firma a continuación certifica que la información anterior es precisa.

Firma: _____

Fecha: _____