

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL PARATRÁNSITO
DE LA ADA - DIAL-A-RIDE**

Esta sección debe ser completada por el solicitante en letra de imprenta.

La información obtenida en este proceso de certificación sólo será usada por Dial-A-Ride para el suministro de servicios de transporte. La información sólo se compartirá con otros proveedores de tránsito para facilitar el traslado en dichas áreas. La información no será suministrada a ninguna otra agencia.

1 Nombre _____

2 Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

3 Número de teléfono (particular) _____ (laboral) _____

4 ¿Cuál es la discapacidad que usted alega que le impide usar nuestro servicio de trayecto fijo?

¿Es esta afección temporaria? No Sí En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo?

5 ¿De qué modo esta discapacidad le impide usar servicios de trayecto fijo? Por favor, provea una explicación completa. Use papel adicional si es necesario.

6 ¿Existen otros efectos de su discapacidad que debemos conocer?

7 ¿Usa usted alguno de los siguientes dispositivos de movilidad asistida? (marque todos los que correspondan)

Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Animal de servicio

Bastón Bastón blanco Muletas Otro (explique) _____

8 ¿Necesita un asistente/acompañante de cuidado personal cuando viaje en el transporte público?

No Sí (en caso afirmativo, ¿por qué?) _____

9 Por favor, responda a las siguientes preguntas:

¿Puede trasladarse 200 pies sin asistencia de otra persona?

No Sí A veces Describa _____

¿Puede trepar tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia?

No Sí A veces Describa _____

¿Puede esperar al aire libre sin apoyo durante 15 minutos?

No Sí A veces Describa _____

10 Por el presente, certifico que la información suministrada anteriormente es correcta.

Firma _____ Fecha _____

(Firma de solicitante)

A fin de permitir que Dial-A-Ride evalúe su solicitud, podría ser necesario comunicarse con un médico para confirmar la información que usted haya brindado. Por favor, complete lo siguiente:

Divulgación de información

El siguiente médico _____ está al tanto de mi discapacidad y está autorizado a brindar la información requerida para completar esta certificación a Dial-A-Ride.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Número de teléfono _____

Firma _____ Fecha _____

(Firma de solicitante)

11 Si esta solicitud ha sido completada por una persona que no es quien solicita la certificación, esa persona deberá completar lo siguiente:

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Teléfono diurno _____ Parentesco _____

Firma _____ Fecha _____

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Esta sección debe ser completada por un médico en letra de imprenta.

El solicitante ha firmado una Divulgación de Información en la página previa y quisiera agradecer su ayuda para completar esta solicitud. Él/Ella está solicitando servicios de transporte de paratransito, conocidos como Dial-A-Ride, y se necesita la siguiente información a fin de asistir con una determinación de discapacidad calificada que se requiere para usar el sistema de transporte.

¿Cuál es el diagnóstico de la discapacidad del solicitante? _____

¿De qué modo restringe esta afección médica la capacidad del solicitante para usar un sistema de tránsito regular? _____

¿Es la afección temporaria? No Sí Duración esperada: _____

Si la persona tiene una capacidad que afecta la movilidad, ¿puede esta persona...

.... caminar 200 pies sin ayuda? Sí No

.... trepar tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia? Sí No

.... esperar al aire libre sin apoyo durante 15 minutos? Sí No

¿Usa esta persona dispositivos de movilidad asistida? En caso afirmado, ¿de qué tipo? _____

¿Tiene el solicitante una discapacidad visual? Explique. _____

¿Tiene un impedimento cognitivo? No Sí En caso afirmativo, ¿puede este solicitante ...

... brindar direcciones y números de teléfono si se lo pidiesen? Sí No

... reconocer un destino o punto de referencia? Sí No

... pedir, comprender y seguir indicaciones? Sí No

¿Require esta persona un asistente/acompañante de cuidado personal para ayudar con su movilidad? Sí No

Su nombre _____

Dirección de consultorio _____

Número de teléfono _____

Firma _____

Numero de licencia _____

(Firma del médico)

Nota: Esta solicitud deberá estar firmada por el médico del solicitante. No se aceptan firmas selladas.

SOLICITANTE

Por favor, envíe por correo o presente esta solicitud completa (la sección del médico ya deberá estar completa y firmada) a la agencia que efectuará la determinación de su elegibilidad de paratransito para los servicios de transporte de Dial-A-Ride.

Aiken Senior Life Services (ASLS)
1310 East Pine Log Road
Aiken, SC 29803
(803) 648-5447 extensión 2340

Su determinación de elegibilidad será efectuada en un plazo de 21 días a partir del recibo de esta solicitud completa. Usted será notificado por carta y, si correspondiese, encontrará dentro su credencial identificatoria de Dial-A-Ride. Si se le niega la elegibilidad, podrá apelar la decisión y recibirá por correo el proceso de apelaciones con la carta sobre su decisión.

Luego de la aprobación, se gestionará su traslado a través del proveedor de transporte de servicios Dial-A-Ride del Aiken Senior Life Services (ASLS). **Usted realizará sus futuras reservas de traslados a traves de su departamento de transporte.**

(803) 648-5447 ext. 2340

Por favor, tenga presente que los destinos donde se recoge y se deja a las personas DEBEN estar dentro de las áreas de servicio establecidas en el Condado de Aiken, y que el transporte Dial-A- Ride no está disponible fuera de las áreas de servicio o el horario de atención regular. Se pueden conseguir folletos con la descripción del programa en el ASLS. Por favor, llame al 803-648-5447 ext. 2340 y pregunte por el gerente de movilidad de Dial-A-Ride para cualquier pregunta o pedido de ayuda que tenga.

USO OFICIAL SOLAMENTE

¿Califica para servicios del Equipo de Discapacidad y Rehabilitación (DAR, por sus siglas en inglés)?

Credencial Núm. _____ Fecha de vigencia _____

Carta con la decision enviada por correo (fecha) _____

Asistente/acompañante de cuidado personal aprobado _____

Miembro de personal _____

Sello con la fecha aqui