Para llenar el formulario, use la tecla de tabulación para llegar a cada campo. Imprima el formulario cuando lo ha completado.

Solicitud de HandiVan (A ser completado por el solicitante)

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:	
Dirección:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:	Número de seguridad social:
Nombre del contacto en caso de emerge	encia:
Teléfono:	Relación:
CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANT	E:
Por favor, indique las razones por las qu correspondan):	ne solicita la elegibilidad de paratránsito de la ADA (marque todas las que
	nicipales accesibles con rutas fijas para ir a ciertos lugares, pero en algunas utobuses municipales accesibles con rutas fijas.
Debido a mi discapacidad	d, nunca puedo usar los autobuses municipales accesibles con rutas fijas.
usar el servicio de autobuses municipale el servicio HandiVan. Entiendo que la in confidencialmente y compartida solame que, según mi conocimiento, la informa	clario de evaluación es determinar si existen momentos cuando no puedo es accesibles con rutas fijas provisto por StarTran y debo, por lo tanto, usar información sobre mi discapacidad que contiene esta solicitud será tratada ente con profesionales que se ocupan de evaluar mi elegibilidad. Certifico ción que se incluye en este formulario de evaluación es veraz y correcta. o engañosa podría resultar en que se evalúe mi estatus de elegibilidad así in.
Firma del solicitante:	
Facha:	



Condición médica general	
Ninguna	
Tratamiento del cáncer	
Diabetes	
Diálisis	
Otra (describir) Condición en los huesos y articulaciones	
Condición en los huesos y articulaciones	
Ninguna	
Artritis	
Osteoporosis	
Amputación de	
Quebradura en los huesos (especificar)	
Otra (describir) Condición cerebral/nerviosa/muscular	
Condición cerebral/nerviosa/muscular	
Ninguna	
Enfermedad de Alzheimer	
Lesión cerebral	
Parálisis cerebral	
Confusión	
Demencia	
Epilepsia	
Esclerosis múltiple	
Paraplejía	
Enfermedad de Parkinson	
Post-polio	
Cuadriplejía	
ACV	
Otra (describir)	
Otra (describir) Condición cardíaca y circulatoria	
Ninguna	
Edema	
Enfermedad cardíaca	
Otra (describir)	
Condición respiratoria y pulmonar	
Ninguna	
Asma	
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónic	ea
Enfisema	
Cáncer de pulmón	
Otra (describir)	

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades previenen que use el servicio de autobuses municipales accesibles con

	Condición visual/auditiva/del habla
	Ninguna
	Sordo
	Sordo-ciego
	Retinopatía diabética
	Glaucoma
	Dificultad para oír
	Legalmente ciego
	Ceguera nocturna
	No habla
	Otra (describir)
	Condición mental o de desarrollo
	Ninguna
	Discapacidad de desarrollo
	Leve
	Moderada
	Severa
	Retardo mental
	Leve
	Moderado Moderado
	Severo
	Autismo
	Síndrome de Downs
	Trastorno del humor
	Psicosis
	Otra (describir) Por favor, describa su condición médica/discapacidad en mayor detalle:
	1 of favor, describe su condicion medica/discapacidad on mayor detaile.
2.	¿Es la condición médica/discapacidad transitoria o permanente?
	permanente
	transitoria; espero que dure
	No lo sé
2	
3.	¿Cambia su incapacidad u otra condición de salud de vez en cuando de maneras que afectan su habilidad de
	usar el autobús municipal accesible con ruta fija?
	sí (describir)
4.	Por favor, indique si usa alguno de los siguientes equipos o ayudas para la movilidad. (Marque todas las
	que correspondan).
	bastón
	muletas
	aparatos ortopédicos en las piernas
	andador
	tablero con el alfabeto/imágenes
	oxígeno portátil
	carro/aparato motorizado
	silla de ruedas motorizada
	silla de ruedas manual
	animal de servicio
	otra (describir)

5.	¿Requiere la asistencia de un Ayudante de atención personal (PCA) (alguien que le ayuda con las funciones de la vida diaria) cuando viaja por la ciudad?		
	no sí		
6.	¿Ha usado alguna vez el servicio de autobuses municipales accesibles con ruta fija? sí, uso el servicio de autobuses municipales accesibles con ruta fija sí, uso el servicio de autobuses municipales accesibles con ruta fija sí, en el pasado pero tuve que dejar de usarlo debido a		
	no		
7.	¿Hay algo que le ayudaría a viajar en los autobuses municipales accesibles con ruta fija? (Marque todas las que correspondan).		
8.	¿Puede pedir y seguir instrucciones escritas u orales para usar los autobuses municipales accesibles con ruta fija? sínoa vecesNo sé porque nunca traté de usar el servicio de autobuses accesibles		
	Si respondió que no o a veces, por favor marque toda la información que corresponda. Me confundo demasiado y podría perdermeOtras personas no pueden entendermePosiblemente podría con instruccionesotra (describir)		
9.	¿Puede ir y volver de las paradas de autobús por su cuenta? sínoa vecesNo sé porque nunca lo intenté		
	Si respondió que no o a veces, por favor marque toda la información que corresponda.		

10. T	Usando ayuda para la movilidad o por su cuenta, ¿qué distancia puede viajar?
	No puedo viajar fuera de mi casa o apartamento Puedo llegar al corte del cordón de la vereda de mi casa/apartamento
	Puedo riegar ar corte del cordon de la vereda de fin casa/apartamentoPuedo viajar hasta cuatro cuadras
	Puedo viajar más de cuatro cuadras
	i dedo viajai mas de edatro edadras
11. ¿	Puede esperar en una parada de autobús municipal accesible con ruta fija?
	no (explicar)sí, pero solamente si la parada tiene un banco y/o protección
	si, pero solamente si la parada tiene un banco y/o protección
	sí, pero solamente hasta minutos
(¿Puede subirse y bajarse de un autobús municipal accesible con ruta fija? (Nota: Los autobuses con ruta fija de StarTran ahora tienen elevadores para sillas de ruedas y un "espaciador" que reduce la altura de los escalones. Los pasajeros que encuentren los escalones demasiado altos pueden subir y bajar del autobús parándose en el elevador.)
	sí
	no a veces
	No sé porque nunca lo intenté
,	Si respondió que no o a veces, por favor marque toda la información que corresponda. No quiero usar el elevador (explicar)
	Posiblemente podría con instrucciones
	otra (describir)
13. \$	Si puede subirse y bajarse de un autobús municipal accesible con ruta fija, ¿sabe dónde bajarse del autobús
(o puede determinarlo por su cuenta?
	sí
	no
	a veces
	No sé porque nunca lo intenté
I	Por favor, marque toda la información que corresponda.
	Me confundo y no puedo recordar hacia dónde voy
	Puedo si el conductor anuncia la parada
	Posiblemente podria con entrenamiento
	otra (describir)
14. ¿	¿Hay alguna otra condición que limite su posibilidad de usar el autobús municipal accesible con ruta fija?
	sí (por favor describir muy específicamente)
	u
Fl er	ntrenamiento para viajes es instrucción personal que enseña a un individuo cómo usar el servicio de autobuses
LICI	in ona monto para viagos os mistracción personar que ensena a un marviado como asar el servició de autobases

municipales accesibles con ruta fija.

Recargar el formulario

15. ¿Ha tenido alguna vez instrucción personal sobre el uso de los ruta fija?	autobuses municipales accesibles con
no	
sí, recibí entrenamiento personal a través de una	a entidad (nombre)
sí, recibí instrucción personal a través de un am	
Indique todas las aptitudes que aprendió.	
a viajar hacia y desde las paradas de autobús	
a cruzar calles	
a viajar por rutas específicas (por favor, liste las	
a leer los horarios del autobús y planificar los v	iajes
otra (describir)	
¿Completó el entrenamiento descripto más arriba?	
sí	
no	
16. StarTran ofrece entrenamiento gratuito sobre viajes a cualquie usando los autobuses accesibles con ruta fija. ¿Le interesaría r	
sí	
no	

Por favor, complete esta página antes de devolver su solicitud. Cualquiera de los profesionales listados puede firmar la solicitud. Si esta página no está firmada por un profesional, le devolveremos la solicitud lo que atrasará el proceso de determinación de la elegibilidad.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Por favor, marque uno:	
asesor de rehabilitación vocacional	psiquiatra
patólogo del habla	asistente de médico
maestro de educación especial	médico
trabajadora social/trabajadora de casos	fisioterapeuta
director de un programa para ancianos	terapeuta ocupacional
terapeuta respiratorio	enfermera practicante
asesor de salud mental	enfermera
psicólogo	quiropráctico
terapeuta de recreación empleado por una insti	tución médica
civiles que requiere que las agencias de transporte púl discapacidades previenen que usen los servicios de au personas podrían ser elegibles para el servicio paratrá 1. Requieren viajar en un autobús equipado 2. No pueden ir y volver independientemen accesible, o 3. No pueden entender cómo completar un La información que usted nos brinda nos permitirá tor verificación profesional se usa para verificar las respu contactar al profesional para obtener información adio	nsito si, DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD, o con un elevador y el autobús no tiene un elevador nte a una parada de autobús o subirse o bajarse de un autobús viaje en autobús apropiada para este solicitante. La testas del solicitante que aparecen en la solicitud. Se podrá cional sobre las respuestas.
Toda la información será tratada con absoluta confide	encialidad. Muchas gracias por su ayuda.
Nombre del solicitante:	
Diagnóstico médico, condición física o cognitiva que municipal accesible, equipado con elevador y ruta fija	previene que el solicitante pueda viajar en un autobús :
¿Es la condición transitoria?	Si respondió sí, ¿durante cuánto tiempo?
Excepciones/adiciones	1
Certifico que la información provista en esta solicitud habilidad.	es correcta y verdadera según mi mejor conocimiento y
	Fecha:
Escriba su nombre:	Fecha: Teléfono:
Clínica/Agencia:	
Dirección:	

