



Querido solicitante:

Agradecemos su interés en el servicio Links Paratransit de Rock Region METRO. METRO links es un servicio de respuesta de demanda de acera a acera que se brinda a ciudadanos discapacitados. La solicitud adjunta determinará su elegibilidad para utilizar el servicio de enlaces METRO.

METRO Links es un servicio de paratransito de la ADA, requerido por la ley federal para brindar servicios a los residentes discapacitados. METRO links es un servicio de viaje compartido de origen a destino que complementa los servicios de autobús de ruta fija de METRO. El servicio está diseñado para cumplir con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

La información obtenida en este proceso de certificación de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) solo será utilizada por Rock Region METRO para la prestación de servicios de transporte. Esta información se mantiene confidencial.

La solicitud debe estar completa y de manera legible. El formulario de verificación de discapacidad del médico adjunto debe ser completado por un médico, un proveedor de atención médica autorizado, un trabajador social o de rehabilitación autorizado o un especialista en orientación y movilidad que esté familiarizado con su discapacidad.

Después de que METRO Links reciba su solicitud completa, es posible que se comuniquen con usted para programar una entrevista en persona para ayudarlo a determinar su elegibilidad. Si lo solicita, se le proporcionará transporte gratuito tanto hacia como desde el lugar de la entrevista.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, puede llamar a nuestra oficina al (501) 375-6717. Recibirá una carta de determinación dentro de los 21 días posteriores a la presentación.

Una vez más, le agradecemos su interés en el servicio de paratransito de METRO Links.

901 MAPLE, NORTH LITTLE ROCK, AR 72114
(501) 375-6717 • FAX (501) 476-3759



CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A:

METRO de la región rocosa
Enlaces Solicitud de Paratransit
901 Maple Street
North Little Rock, AR 72114

USO DE OFICINA ÚNICAMENTE

Determinación:

Enlaces

- Elegible incondicional según la ADA
- Elegible condicional de la ADA
- No elegible

Fecha de caducidad: - 3 años - Otro _____

PCA: - sí - No

Aprobado por: _____

Fecha de aprobación: _____

PARTE I: INFORMACIÓN GENERAL

Para ser completado por el solicitante. La solicitud debe completarse de manera completa y legible. **(Por favor imprima o ESCRIBA)**

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

MEDIO

DIRECCIÓN

APTO. #

NOMBRE DEL COMPLEJO DEL APARTAMENTO (SI APLICA)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO DEL TRABAJO

TELÉFONO MÓVIL

EMAIL

FECHA DE CUMPLEAÑOS

- MASCULINO

- MUJER

¿En qué formato prefiere el material del servicio de enlaces?

- Braille
- Cinta de audio
- Letra grande
- Impresión regular

Si se trata de una comunidad cerrada, proporcione el código de la puerta: _____

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFIQUE:

NOMBRE		RELACIÓN	
TELÉFONO DE CASA O CELULAR		TELÉFONO DEL TRABAJO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

PARTE II: INFORMACIÓN SOBRE EQUIPOS PARA DISCAPACIDAD Y MOVILIDAD

Enumere todas sus discapacidades y diagnósticos, y explique cómo le impiden utilizar el servicio de autobús de ruta fija de METRO (autobús urbano regular).

¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|-----------------------------|-------------------|----------------------|
| - Silla de ruedas manual | - Caminante | - Animal de servicio |
| - Silla de ruedas eléctrica | - Bastón de apoyo | - Oxígeno portátil |
| - Scooter motorizado | - Bastón blanco | - Muletas |
| - Prótesis | - Tirantes | - Otro _____ |

**PARTE III: PREGUNTAS SOBRE EL USO DEL SERVICIO DE AUTOBÚS
DE RUTA FIJA DE METRO**

Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿su residencia
tiene una rampa para sillas de ruedas?

- Sí - No

¿Puede viajar a la parada de autobús más cercana?

- Sí - No

Si es necesario, ¿puede trasladarse de una silla de
ruedas a un automóvil de pasajeros?

- Sí - No

**Explique cómo su discapacidad afecta su nivel de funcionamiento
diario:** _____

Por favor, explique por qué siente que no puede usar el autobús urbano regular.
(Por favor sea detallado)

¿Ha tomado el
autobús urbano regular en el pasado? ¿Entiende los horarios regulares
de los autobuses urbanos?? ¿Alguna vez ha recibido formación para
utilizar el autobús urbano regular? ¿Le gustaría recibir formación para
utilizar el autobús urbano regular? - sí - No

Por favor, explique por qué no puede viajar hacia o desde la parada de autobús regular de la
ciudad.

¿Puede moverse de forma independiente en las inmediaciones de su hogar?

- SÍ - No

¿Puede navegar de forma independiente por las zonas comerciales?

- SÍ - No

¿Puede controlar los problemas de salud de forma independiente?

- SÍ - No

¿Puede arreglarse usted mismo de forma independiente?

- SÍ - No

¿Eres capaz de decir la hora de forma independiente? ¿Puede

- SÍ - No

mantener un horario de forma independiente? ¿Eres capaz de

- SÍ - No

identificar monedas de forma independiente? ¿Puede identificar

- SÍ - No

facturas de forma independiente? ¿Eres capaz de hacer cambios de

- SÍ - No

forma independiente? ¿Puede articular sus necesidades de forma

- SÍ - No

independiente? ¿Puede planificar e iniciar planes de forma

- SÍ - No

independiente? ¿Puede manejar el dinero?

- SÍ - No

- SÍ - No

¿Puede utilizar barandillas o tiradores?

- SÍ - No

¿Puede viajar una cuadra de la ciudad? ¿Eres

- SÍ - No

capaz de viajar tres cuadras de la ciudad?

- SÍ - No

¿Su capacidad para ir de un lugar a otro se ve afectada por:

- Terreno - Clima - Temperatura

- Distancia - Noche o día - Problemas ambientales

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa.
Entiendo que la información falsa puede resultar en la denegación o terminación del servicio de METRO Links. Además, entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito se divulgará a quienes realicen esos servicios.

FIRMA DEL APLICANTE

FECHA

* * Si otra persona está completando esta solicitud o ha ayudado al solicitante, esa persona debe completar lo siguiente:

NOMBRE

RELACIÓN

FIRMA

FECHA

TELÉFONO DE CASA

TELÉFONO DEL TRABAJO

TELÉFONO MÓVIL

Escriba sus iniciales aquí para demostrar que ha recibido una copia del manual del cliente y que lo leerá antes de su primer viaje.



FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD DEL MÉDICO DEL SERVICIO PARATRANSIT DE METRO LINKS

Fecha: _____ Nombre
del paciente: _____ Fecha de
nacimiento: _____

*** TENGA EN CUENTA***

Este formulario debe completarse en su totalidad. Los formularios incompletos no se procesarán y se devolverán al paciente.

La persona nombrada arriba es: **actualmente siendo tratado** o - **fue tratado anteriormente por mí**. La persona me ha informado de su intención de solicitar el servicio de enlaces de Rock Region METRO (METRO). La información proporcionada en este formulario está destinada a verificar cualquier condición médica / de salud que **evitar** que el solicitante utilice el servicio de autobús de ruta fija de METRO.

Marque uno:

- Médico - Proveedor de atención médica autorizado
- Trabajador social / rehabilitación con licencia - Especialista en Orientación Movilidad

Por favor marque todos los que apliquen:

- Discapacidad mental - Discapacidad física - Discapacidad de aprendizaje
- La discapacidad del desarrollo - Discapacidad visual - Discapacidad auditiva

Discapacidad primaria: _____ **Marque uno**

con un círculo: Leve Moderar Grave

Marque uno con un círculo: Desabilitado temporalmente Incapacidad permanente

Discapacidades secundarias (Especifique la discapacidad temporal o permanente): _____

Si tiene problemas de visión, ¿cuál es la mejor agudeza visual corregida?

(SNELLEN) Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Restricción de campo: ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Enumere las limitaciones funcionales relacionadas con la movilidad

(Por favor sea lo más específico posible.):

Enumere las limitaciones funcionales relacionadas con la orientación

(Por favor sea lo más específico posible.):

Enumere todas las demás limitaciones funcionales (Por favor sea lo más específico posible.): _____

NOMBRE

TELEFONO DE OFICINA

DIRECCIÓN

NÚMERO DE LICENCIA

FECHA DE VENCIMIENTO

***** TENGA EN CUENTA *****

Este formulario debe completarse en su totalidad. Los formularios incompletos no se procesarán y se devolverán al paciente.



Yo, _____, con fecha de nacimiento de _____, por la presente autorizo a _____ (médico, hospital, clínica, agencia o escuela), su director, designado o departamento de registros a divulgar la información contenida en mis registros a la persona u organización.

enumerados a continuación:

1. Nombre de la persona / organización a quien se hace esta divulgación:

Atención: METRO Links Paratransit C / O Tonia Wright, Especialista en elegibilidad 901 Maple St.

North Little Rock, AR 72114

2. Tipo específico de información a divulgar:

- Médico, incluye visual
- Psicológico
- Medicamento

Con el propósito de:

- Establecer la elegibilidad para los servicios
- Ayuda a determinar las limitaciones funcionales.

3. Caducidad:

Esta divulgación puede ser revocada en cualquier momento y no será válida más de lo que sea razonablemente necesario para lograr el propósito necesario para el cual se otorga, sin exceder los 12 meses a partir de la fecha en que se firmó este formulario de divulgación.

Firma del cliente, padre, tutor o representante

Fecha

Firma del testigo si es necesario

Fecha