Aplicación para Paratransit &
Servicios de transporte médico que no son de emergencia

Lea, firme, ponga fecha y envíe por correo al Departamento de Elegibilidad de Transdev, 1825 Pleasant St, DeKalb, IL 60115.

Estimado solicitante:

Agradecemos su interés en el servicio de paratránsito de la Ciudad de DeKalb. El servicio de paratránsito de la Ciudad es un servicio de respuesta a la demanda de origen a destino que se brinda a los ciudadanos discapacitados y ancianos. La solicitud adjunta determinará su elegibilidad para usar el servicio.

El servicio de paratránsito de la Ciudad es una combinación del servicio de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), requerido por la ley federal, y el servicio adicional que la Ciudad de DeKalb elige para proporcionar a personas mayores y discapacitadas. La elegibilidad del servicio de la ADA es más estricta, pero evita que a alguien se le nieguen los viajes dentro del Área Urbanizada de DeKalb. Las personas que están aprobadas únicamente por edad, 65 años o más, o cuyas discapacidades no les impiden usar el servicio de ruta fija se considerarán no elegibles para la ADA.

La solicitud debe completarse completa y legiblemente. La verificación profesional adjunta debe ser completada por un médico, un proveedor de atención médica con licencia o un trabajador social / de rehabilitación con licencia familiarizado con su discapacidad. Si está incompleto, las solicitudes se devolverán a los solicitantes y no se procesarán.

Después de que el proveedor de servicios de tránsito contratado por la Ciudad, Transdev Services Inc., reciba su solicitud completa, es posible que se comunique con usted para brindarle información adicional para ayudarlo a determinar su elegibilidad.

Recibirá una carta de determinación de elegibilidad dentro de los 21 días. Si no se realiza una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días posteriores a la recepción de la solicitud, el solicitante se considerará elegible para el servicio hasta que se realice una determinación de elegibilidad.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, puede llamar a la oficina de paratránsito de Transdev Services Inc. al 815-420-5500.

Le agradecemos su interés en el servicio de paratránsito de la Ciudad de DeKalb.

SOLO USO DE OFFICE

Eligibility:

- ☐ ADA Unconditional
- ☐ ADA Conditional
- ☐ Non-ADA Disabled Eligible
- ☐ Non-ADA Elderly Eligible
- ☐ Denied

Application Review Date: _____

Expiration Date: _____

Approved By: _____

Devolver la solicitud completada a:

Transdev Eligibility Department
1825 Pleasant St.
DeKalb, IL 60115
Teléfono: 815-420-5500

¿Qué servicio está solicitando?

ADA Servicio
No-ADA Servicio

Sección 1: *Información general que debe completar el solicitante* ***(Las personas que buscan elegibilidad basada únicamente en la edad, 65 años o más, completen solo esta página).***

Nombre | Masculino/Femenino | Dirección de correo electrónico

Domicilio | Apt. # | Ciudad | ZIP

Dirección postal | Ciudad | ZIP

Teléfono residencial | Teléfono celular | Teléfono del trabajo

Fecha de nacimiento | Idioma principal

Contacto de emergencia | Address | Teléfono

Persona que ayuda con la finalización de la solicitud

Relación con el solicitante | Teléfono

Tipo de medio/comunicación preferido

☐ Impresión regular ☐ Letra grande ☐ Correo electrónico

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

☐ Caña	☐ Power Wheelchair	☐ Communication Devices
☐ Bastón Blanco	☐ Service Animal	☐ Walker
☐ Scooter eléctrico	☐ Crutches	☐ Manual Wheelchair
☐ Aparatos ortopédicos para las piernas	☐ Portable Oxygen Tank	☐ Other: _____

Section 2: ***Disability Information***

1. Which **disability or health related conditions <u>prevent</u>** you from using the Huskie Line fixed route bus service?

_____

_____

_____

2. Briefly explain **how** your condition prevents you from using the Huskie Line bus service.

_____

_____

_____

3. Do the conditions you described change from day to day in a way that affects your ability to use public transit?

☐ Yes, good on some days, bad on others ☐ No, does not change. ☐ Don't know.

4. Are the conditions described:

☐ Permanent ☐ Temporary ☐ Don't know

If temporary, how long do you expect the condition(s) to continue?

_____

5. Please check the box that best describes your current living situation:

☐ 24 Hour Care or Skilled Nursing Facility

☐ Assisted Living Facility

☐ I receive assistance from someone that comes to my home to help with daily living activities.

☐ I live with family members who help me

☐ I live independently without the assistance of another person

6. Are you able to get to and from the Huskie Line bus stop nearest your home?

☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes

If no or sometimes, please explain why: _____

7. Which of the following statements best describes you?
(Check only one response):

☐ I have never used the Huskie Line bus system.

☐ I have used the Huskie Line bus system but not since the onset of my disability.

☐ I have used the Huskie Line bus system within the past 12 months.

8. Do you travel with the help of another person?

☐ Always ☐ Sometimes ☐ Never

If "always" or "sometimes", what type of help do they provide? _____

9. Please add any other information that you would like us to know about your abilities.

_____

_____

_____

10. Do you need written information provided to you in an accessible format?

☐ Yes ☐ No

If yes, please describe: _____

Section 3: Applicant Certification (Please sign)

All applicants must sign the completed application. If this application has been completed by someone other than the person requesting certification, the person who completed the application must provide the following information:

Name of Applicant: _____

Address: _____ Phone Number: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Signature: _____ Date: _____

Name of Person Assisting Applicant: _____

Relationship to Applicant: _____

By signing this application, you are certifying under penalty of perjury under the laws of the State of Illinois that the foregoing is true and correct.

Applicant/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

Please Note: a licensed Medical or Mental Health Provider, one who is **most** familiar with you and your disability/limiting condition, is required to complete a Professional Verification form for eligibility determination.

Professional Verification

Applicant Name: _____

Thank you for completing this Professional Verification form for City of DeKalb paratransit services. We will use the information to help determine paratransit eligibility in accordance with the Americans with Disabilities Act (ADA). Paratransit is a shared ride, public transportation service for individuals who, because of the effects of their disabilities/limiting conditions, are not able to ride a regular ramp-equipped and accessible fixed route bus. **Age, language, convenience of the service, fear of falling, inability to drive, and inability to carry packages are not qualifying factors for paratransit service**. Please call the City of DeKalb's contracted paratransit provider, Transdev, at 815-420-5500 if you have any questions.

Please review the information provided by the applicant on this application form. Based on your knowledge of the applicant's condition, is the information accurate? ☐ Yes ☐ No ☐ Somewhat

If you checked *No* or *Somewhat*, please explain:

_____

_____

_____

Are there any changes or additions you would make to the list of stated Diagnosis/Disability shown on page 1, Section 2 of this application?

_____

_____

_____

Please provide any additional information that you deem relevant as to why the effects of the applicant's disability/limiting condition will prevent their use of the regular, fixed route bus system?

_____

_____

_____

I am an approved provider, licensed in the State of Illinois in the field indicated below, and certify that the above-mentioned individual has the disability and limitations indicated above.

_____ _____

Professional Care Provider's Signature Date

_____ _____

Professional Care Provider's Name (Please Print) Phone

_____ _____

Mailing Address Clinic/Agency Name

_____

Individual National Provider Identifier (NPI)

***This form considered incomplete without a valid <u>individual</u> number.**

Revised: June 24, 2021