

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 paratransito de la Ciudad de DeKalb. El servicio de paratransito 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 paratransito 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 paratransito de Transdev Services Inc. al 815-420-5500.

Le agradecemos su interés en el servicio de paratransito 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)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Caña | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Dispositivos de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Bastón Blanco | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Caminante |
| <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Sección 2: Información sobre discapacidades

1. ¿Qué discapacidad o condiciones relacionadas con la salud le **impiden** utilizar Servicio de autobús de ruta fija de la ciudad de DeKalb?

2. Explique brevemente **cómo** su condición le impide utilizar el sServicio de autobús de ruta fija de la ciudad de DeKalb.

3. ¿Las condiciones que describió cambian de un día a otro de una manera que afecta su capacidad para usar el transporte público?

Sí, bueno en algunos días, malo en otros. No, no cambia. No sé.

4. Son las condiciones descritas:

Permanente Temporal No sé

Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que la(s) condición(es) continúe(n)?

5. Marque la casilla que mejor describa su situación de vida actual:

- Atención las 24 horas o centro de enfermería especializada
- Centro de Vida Asistida
- Recibo ayuda de alguien que viene a mi casa para ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Vivo con familiares que me ayudan
- Vivo de forma independiente sin la ayuda de otra persona

6. ¿Puedes llegar desde y hacia la parada de autobús de ruta fija de la ciudad de DeKalb más cercana a tu casa??

Sí No A veces

Si no o a veces, sírvase explicar por qué: _____

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones te describe mejor?

(Compruebe solo una respuesta):

- Nunca he usado el sistema de autobuses de ruta fija de la ciudad de DeKalb
- He utilizado el sistema de autobuses de ruta fija de la ciudad de DeKalb, pero no desde el inicio de mi discapacidad.
- He utilizado el sistema de autobuses de ruta fija de la ciudad de DeKalb en los últimos 12 meses.

8. ¿Viajas con la ayuda de otra persona?

Siempre A veces Nunca

Si "siempre" o "a veces", ¿qué tipo de ayuda proporcionan? _____

9. Por favor, agregue cualquier otra información que le gustaría que supiéramos sobre sus habilidades.

10. ¿Necesita que se le proporcione información escrita en un formato accesible?

Si No

En caso afirmativo, sírvase describir: _____

Sección 3: Certificación del solicitante (Por favor firme)

Todos los solicitantes deben firmar la solicitud completa. Si esta solicitud ha sido completada por alguien aparte de la persona que solicita la certificación, la persona que completó la solicitud debe proporcionar la siguiente información:

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que asiste al solicitante: _____

Relación con el solicitante: _____

Al firmar esta solicitud, usted está certificando bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Illinois que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma del solicitante/tutor legal: _____ Fecha: _____

Tenga en cuenta: un proveedor médico o de salud mental con licencia, uno que esté **más** familiarizado con usted y su condición de discapacidad / limitación, debe completar un formulario de verificación profesional para la determinación de elegibilidad.

Verificación profesional

Nombre del solicitante: _____

Gracias por completar este formulario de verificación profesional para los servicios de paratransito de la ciudad de DeKalb. Utilizaremos la información para ayudar a determinar la elegibilidad para el paratransito de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Paratransit es un servicio de transporte público compartido para personas que, debido a los efectos de sus discapacidades / condiciones limitantes, no pueden viajar en un autobús de ruta fija regular equipado con rampa y accesible. **La edad, el idioma, la conveniencia del servicio, el miedo a caerse, la incapacidad para conducir y la incapacidad de transportar paquetes no son factores que califiquen para el servicio de paratransito.** Llame al proveedor de paratransito contratado por la Ciudad de DeKalb, Transdev, al 815-420-5500 si tiene alguna pregunta.

Por favor, revise la información proporcionada por el solicitante en este formulario de solicitud. Basado en su conocimiento de la condición del solicitante, ¿la información es precisa? Yes No Somewhat
Si marcó No o Algo, explique:

¿Hay algún cambio o adición que haría a la lista de Diagnóstico/Discapacidad indicada que se muestra en la página 1, Sección 2 de esta solicitud?

Proporcione cualquier información adicional que considere relevante sobre por qué los efectos de la discapacidad / condición limitante del solicitante impedirán su uso del sistema de autobuses de ruta regular y fija.

Soy un proveedor aprobado, con licencia en el Estado de Illinois en el campo que se indica a continuación, y certifico que la persona mencionada anteriormente tiene la discapacidad y las limitaciones indicadas anteriormente.

Firma del proveedor de atención profesional

Fecha

Nombre del proveedor de atención profesional (por favor imprima)

Teléfono

Dirección postal

Nombre de la clínica/agencia

Identificador Nacional de Proveedor Individual (NPI)

***Este formulario se considera incompleto sin un número individual válido.**