CANBY AREA TRANSIT

Uso exclusivo de la oficina:
ID del cliente: _____
Expiración: _____

SOLICITUD PARA SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE DIAL-A-RIDE

Todas las preguntas deben responderse.
Las solicitudes incompletas o sin firmar serán regresadas.

Parte A. Información personal

Nombre:	Apellido	Primer nombre	
Dirección física:			# de apt.
Nombre del centro o edificio de apartamentos:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal (si es diferente):			# de apt..
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono	Casa:	Celular:	
Correo electrónico:			
¿Qué idioma prefiere usted?			
Fecha de nacimiento:	F ☐	M ☐	X ☐

Parte B. Contacto de emergencia (requerido)

Nombre:	
Relación con el solicitante:	
Número(s) de teléfono de emergencia (indique abajo):	
Principal:	Celular:
Usted puede indicar contactos de emergencia adicionales abajo:	

Parte C. Díganos sobre su discapacidad o condición de salud discapacitante. Por favor, sea lo más específico posible.

1 Su discapacidad o condición es:

☐ Permanente ☐ Temporal Por cuánto tiempo: _____ Meses _____ Años _____

Si usted responde que es temporal, por favor explique:

_____

_____

2 ¿Tiene usted discapacidades físicas **que limitan su habilidad** para usar el servicio de autobuses de CAT?

☐ Sí ☐ No

Si responde que sí, explique: _____

_____

_____

3 Caminando o usando un dispositivo de movilidad (bastón, andador, silla de ruedas), ¿qué distancia puede usted desplazarse independientemente antes de que se vuelva demasiado difícil?

☐ Menos de una cuadra ☐ 2 cuadras (1/4 de milla)

☐ 4 cuadras (1/2 de milla) ☐ 6 cuadras (3/4 de milla) ☐ Más de 6 cuadras

4 ¿Tiene usted discapacidades de salud mental **que limitan su habilidad** para usar el servicio de autobuses de CAT?

☐ Sí ☐ No

Si responde que sí, ¿cómo su discapacidad limita su habilidad para usar el servicio de autobuses de CAT?_____

_____

_____

5 ¿Su discapacidad limita su entendimiento sobre cómo usar el servicio de autobuses de CAT?

☐ Sí ☐ No

Si responde que sí, ¿cómo su discapacidad limita su habilidad para usar el servicio de autobuses de CAT?: _____

_____

_____

6 ¿Los efectos de su discapacidad o condición varían de un día para otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde que sí, por favor explique:

_____

_____

_____

Parte D. Díganos sobre su uso de los autobuses de rutas fijas de TRANSPORTE PÚBLICO DEL ÁREA DE CANBY.

El servicio de rutas fijas opera junto con las rutas preestablecidas de acuerdo con un horario fijo. Esto es diferente al servicio de Dial-A-Ride de TRANSPORTE PÚBLICO DEL ÁREA DE CANBY, el cual provee un servicio de puerta a puerta solamente con una cita previa.

1 ¿Está usted interesado(a) en participar o ya participó en el entrenamiento para viajes de CAT? ☐ Sí ☐ No

2 ¿Ha usado los autobuses de rutas fijas de CAT? ☐ Sí ☐ No

3 ¿Ha usado los autobuses de rutas fijas en otro lugar? ☐ Sí ☐ No

4 ¿Qué describe mejor su habilidad para usar el servicio de autobuses regulares de CAT?

☐ Nunca he intentado usar los autobuses regulares.
☐ Puedo usar los autobuses regulares, pero sería difícil para mí.
☐ Puedo usar los autobuses regulares, pero solamente para viajes o destinos específicos.
☐ Puedo usar los autobuses regulares para la mayoría de los viajes.
☐ Absolutamente no puedo usar los autobuses regulares porque _____

_____

Parte E. Equipo de movilidad, apoyos o asistencia personal requeridos para viajar.

1 Encierre en un círculo todos los equipos de movilidad que usted espera usar cuando viaje.

☐ Ninguno	☐ Silla de ruedas manual	☐ Animales de servicio
☐ Bastón	☐ Silla de ruedas eléctrica	☐ Oxígeno portátil
☐ Caminadora	☐ Scooter eléctrica	☐ Respirador
☐ Muletas	☐ Reposapiés extendidos	☐ Tablero de imágenes
☐ Bastón blanco	☐ Sujeción torácica	☐ Tablero alfabético
☐ Prótesis	Asistente de cuidado personal	

☐ Otro (por favor describa): _____

2 Los operadores de CAT no pueden desempeñar los deberes de un asistente de cuidado personal (PCA). ¿Usted necesitará viajar con un PCA u otra persona para asistirle cuando use Dial-A-Ride?

☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

Si responde que siempre o algunas veces, ¿cómo un PCA u otra persona le asistirá? ___

3 Algunas personas no pueden dejarse solas en su residencia u otro destino; por ejemplo, las personas con demencia o enfermedad de Alzheimer. ¿Es necesario que alguien siempre le reciba a usted cuando llegue a su destino?

☐ Sí ☐ No

Parte F. Por favor, lea lo siguiente y firme la solicitud.

Para el solicitante: Las solicitudes deben firmarse. Las solicitudes sin firmar serán regresadas.

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para usar los servicios de Dial-A-Ride de TRANSPORTE PÚBLICO DEL ÁREA DE CANBY. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la provisión de información falsa podría resultar en la negación de servicios, así como también una sanción bajo las leyes. Entiendo que mi información provista se divulgará solamente cuando sea necesario para evaluar mi elegibilidad para paratránsito de Dial-A-Ride y para proveer los servicios de Dial-A-Ride si se determina que soy elegible, a menos que yo otorgue otra autorización específica.

Entiendo que podría ser necesario que yo participe en una evaluación en persona a expensas de TRANSPORTE PÚBLICO DEL ÁREA DE CANBY, para determinar mi elegibilidad para los servicios de Dial-A-Ride. Entiendo que TRANSPORTE PÚBLICO DEL ÁREA DE CANBY podría revisar mi estatus actual de elegibilidad de Dial-A-Ride de ADA en cualquier momento cuando las circunstancias podrían justificar que ya no sea elegible para recibir el servicio de transporte de Dial-A-Ride de ADA.

Reconozco que he leído y que entiendo la política adjunta sobre reservaciones de viajes y para pasajeros que no se presentan. Esta política ayuda a que CAT ofrezca servicios para quienes más lo necesitan.

Reconocimiento del representante legal: Reconozco que yo podría presentarme con el solicitante durante la evaluación en persona o que yo podría designar a alguien para presentarse en mi nombre.

_____ _____

Firma del solicitante (o representante legal) **Fecha**

Si esta solicitud fue completada por otra persona distinta al solicitante, complete y firme lo siguiente:

Relación con el solicitante: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Organización o afiliación de agencia: _____

Tengo conocimiento sobre la discapacidad o condición de salud del solicitante. ☐ Sí ☐ No

Soy consciente de cómo la discapacidad o la condición de salud del solicitante limita o impide el uso del servicio de autobuses regulares de CAT. ☐ Sí ☐ No

_____ _____

Firma del representante Fecha

PARTE G. Instrucciones para firmas y cómo presentar la solicitud

Antes de presentar su solicitud, por favor asegúrese de que:

1. Usted responde a todas las preguntas en las Partes A hasta E (página 1-3).
2. Usted firma la página 4 de la Parte F.
3. Si una persona distinta al participante completó la solicitud, por favor pídale a la persona que complete y firme la mitad inferior de la página 4 de la Parte F.

Las solicitudes serán revisadas dentro de 30 días después de recibirse.

Envíe su solicitud por correo postal o entréguela directamente:

Canby Area Transit
Attn: Transit Coordinator
195 S. Hazel Dell Way
Canby, OR 97013

Envíe su solicitud por fax o correo electrónico:

Fax: 503-263-6284
Correo electrónico: cat@canbyoregon.gov

¿Tiene preguntas o necesita asistencia para completar su solicitud?
Contacte al coordinador de Transporte Público de CAT, (503) 266-0717
o la oficina de CAT (503) 266-4022

¡Gracias!

CANBY AREA TRANSIT

www.canbyareatransit.org