



**Solicitud para
Dial-A-Ride**
Servicio de Paratransito

1 era PARTE. INFORMACION PERSONAL LETRA DE IMPRENTA

Nombre _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento ___/___/_____

Dirección _____

(Incluya la Calle, Avenida, Blvd., Lane, Circle, Place, etc.)

Nombre del Complejo de Departamentos _____

N° Dept. _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Cod. Postal**

Intersección más Cercana _____

Tel. Casa () _____ **Tel. Trabajo ()** _____

2da PARTE. PERSONA DE CONTACTO

Ponga el nombre de alguien a quien CAT puede llamar acerca de su servicio Dial-A-Ride, en caso de una emergencia.

Nombre del Contacto _____

Relación con Solicitante _____

Teléfono(s) _____

3era PARTE. AYUDAS PARA LA MOBILIDAD

1. ¿Utilizará algunas de las siguientes ayudas cuando viaja con Dial-A-Ride?

(Marque todos los que aplican)

- Bastón, Andador, Muletas o Bastón Blanco Servicio de Animal
 Ayuda para Comunicarse Otro _____
 Oxígeno Portátil Ninguno de los Mencionados

2. Utilizará una silla de ruedas (manual o eléctrica) o

Scooter eléctrico cuando viaja con Dial-A-Ride?

- No Si Algunas Veces

a) Si usted usa silla de ruedas o un scooter eléctrico, ¿cuál de los dos aparatos usa?

- Silla de Ruedas Manual Silla de Ruedas Motorizada Scooter Eléctrico

b) Si usted usa silla de ruedas o un scooter eléctrico, ¿puede usted transferirse a un asiento?

- No Si

2

3. ¿Le acompañará un ayudante alguien que le puede ayudar cuando viaja por Dial-A-Ride? (Alguien que le ayuda durante el viaje o en el destino).

- No Si

4. Cuando usted llega a su destino, ¿alguien tendrá que estar presente para recibirlo y responsabilizarse por usted antes de que salga de regreso el chofer? No Si

2

4 ta PARTE. DISCAPACIDAD O CONDICION MEDICA

5. ¿Cuál es su discapacidad o condición medica?

6. ¿De qué manera limita o impide su discapacidad o condición de salud el uso de las rutas fijas de autobús de CAT?

7. ¿Cree usted que su necesidad del servicio de Dial-A-Ride será permanente o temporaria?

Permanente Temporaria

Si es temporaria, ¿por cuanto tiempo (en meses)? _____

8. ¿Cuánto puede usted caminar o desplazarse (en silla de ruedas o scooter) en terreno nivelado por si mismo?

- Cualquier distancia. No tengo limitaciones en desplazarme.
- Solo dentro de mi casa
- Puedo caminar o desplazarme una cuadra (1) o menos)

- Puedo caminar o desplazarme _____.

(**Ponga la cantidad de cuabras que usted puede caminar o desplazarse **)

9.a) ¿Puede usted subir se y bajarse del autobús utilizando los escalones?

No Si A veces No estoy seguro

b) ¿Puede usted llegar a la parada de autobús más cercana a su casa?

No Si A veces No estoy seguro

c) ¿Puede usted esperar 15 minutos en la parada de autobús?

No Si A veces No estoy seguro

d) ¿Puede usted llegar a su asiento (o lugar para su silla de ruedas/scooter) una vez que haya abordado el autobús?

No Si A veces No estoy seguro

5 ta PARTE. ¿TIENE USTED OHP+ O MEDICAID?

Su #de ID de OHP+ o Medicaid _____

Nombre de la Persona que maneja su caso _____

de Teléfono _____

6 ta PARTE. CERTIFICACION DEL SOLICITANTE (CONTINUA EN SIGUIENTE HOJA)

Certifico que la información en esta solicitud es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa puede resultar en que me sea denegado el servicio, y penalizado bajo ley. Entiendo que toda información será confidencial, y será liberada solamente cuando sea necesaria para usar los servicios de Dial-A-Ride.

6 ta PARTE. CERTIFICACION DEL SOLICITANTE (A CONTINUACION)

Entiendo que puede ser necesario que participe en una evaluación en persona en pagada por CAT, para determinar si soy elegible para participar de los servicios de Dial-A-Ride.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha** _____

****La solicitud debe ser firmada para ser procesada ****

Si alguien completo o ayudo con esta solicitud, favor de proveer la siguiente información:

Nombre(s) de la(s) Persona(s) _____

Relación con el Solicitante _____

Numero(s) de Telefono _____

7 ta PARTE. CONTACTO PROFESIONAL (OPCIONAL)

Nos puede ayudar hacer contacto con algún profesional que conozca la discapacidad, condición medica, habilidades o limitaciones que usted tiene. Anote los nombres de personas que podemos contactar.

(Ejemplos: Medico, Trabajador del Caso, Terapista o Trabajador Social).

Nombre(s) del/los Profesional(es) _____

Número(s) de Teléfono(s) _____

(Incluya los Códigos del Área para todos los números)

7 ta PARTE. CONTACTO PROFESIONAL (OPCIONAL) (cont'd)

Autorizo al profesional mencionado a liberar la información sobre mi discapacidad o condición médica a CAT, y los efectos que pueden tener sobre mi uso de los servicios de CAT.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del Solicitante: _____ Fecha _____

(Firma del Solicitante o Persona Responsable)

8 va PARTE. INFORMACION Y ASISTENCIA

El Transito del Are de Canby ofrece información y asistencia a las personas que se están familiarizando con los servicios de CAT.

SI, tengo interés en (marque todos que aplican):

- Mas información sobre acceso al autobús
- Ayuda con planear mi viaje
- Averiguar sobre programas de entrenamiento de viajes
- Otro, favor de describir:

ESTA HOJA

QUEDA

EN BLANCO

Doblar, Cerrar y Enviar

Ponga Aquí
La Estampilla

DIRECCION DE RETORNO

CITY OF CANBY TRANSIT DEPARTMENT
PO BOX 930
CANBY OR 97013-0930