

Ciudad de Anderson Sistema de transporte Solicitud
de Nifty Lift Servicio
de Paratransit

530 Dale Keith Jones Rd. / Anderson, Indiana 46011
Teléfono (765) 648-6402 / FAX (765) 648-6404
E-mail: catsd@cityofanderson.com

El servicio Nifty Lift es un servicio de Paratransit diseñado para ser utilizado por personas físicas Discapacidad mental o física que les impide Sistema de bus de ruta fija. Para ser elegible para Nifty Lift, debe cumplir con ciertos criterios como Establecido por la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA), entendiendo que la edad, la incomodidad, Dolor ocasional o distancia a la parada de autobús más cercana, por sí mismos, no constituyen una ADA Incapacidad elegible.

Esta solicitud tiene dos (2) partes: La Parte Uno (1) de esta solicitud debe ser completada por El solicitante, junto con un Formulario de Liberación de Autorización Profesional de Cuidado de la Salud.

Lea atentamente lo siguiente: **La segunda parte (2) de esta solicitud debe ser llenada Fuera y firmado por un profesional** que está familiarizado con sus limitaciones relacionadas con el tránsito o la salud Condición relacionada: tal como el siguiente; Médico Licenciado, Enfermero Licenciado, Estado Licenciado o Certificado Nacional de Salud / Rehabilitación Profesional.

Por favor, mantenga ambas partes de la aplicación juntas, ya que necesitaremos tanto las Partes Uno (1) Y Dos (2) para la determinación de elegibilidad.

El proceso de determinación de la elegibilidad puede ser un proceso de 21 días Completa y legible. Si la determinación de elegibilidad no es por el día 21 usted puede tener Presunción de servicios desde ese momento hasta que se haga una determinación final.

Nota: Las solicitudes ilegibles o incompletas no serán procesadas.

Una vez que la Parte Uno (1) sea completada por el Solicitante y la Parte Dos (2) por el Profesional, Tendrán que ser devueltos a la siguiente dirección para su procesamiento:

Ciudad de Anderson Sistema de transporte
A la atención de: Nifty Lift
530 Dale Keith Jones Rd.
Anderson, IN 46011

Part One (1) To be completed by the Applicant

Primera parte (1) A completar por el Solicitante

Name: _____ Date: _____
Nombre: _____ Fecha: _____

Address: _____ Apt. #: _____
Dirección: _____ Apto. #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Date of Birth: _____ Telephone: _____
Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Primary Language: _____ Male: _____ Female: _____
Lenguaje primario: _____ Masculino: _____ Hembra: _____

Emergency Contact: _____ Telephone: _____
Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Do you use any of the following? (Check all that apply)
¿Utiliza alguna de las siguientes opciones? (Marque todo lo que corresponda)

Manual Wheelchair: _____ Electric Wheelchair: _____ Sport Wheelchair: _____
Silla de ruedas manual: _____ Silla de ruedas eléctrica: _____ Silla de ruedas deportiva: _____

Power Scooter: _____ Walker: _____ Cane: _____ Crutches: _____
Power Scooter: _____ Caminante: _____ Caña: _____ Crutches: _____

Prosthesis: _____ Service Animal: _____ Other: _____
Prótesis: _____ Servicio Animal: _____ Otro: _____

If you use a Wheelchair / Scooter is it? (Check all that apply)
Si utiliza una silla de ruedas / Scooter es? (Marque todo lo que corresponda)

Collapsible: _____ Wider than 32 Inches: _____ Longer than 52 inches: _____
Plegable: _____ Más de 32 pulgadas: _____ Más de 52 pulgadas: _____

Is the combined weight of you and the mobility device over 800lbs? Yes _____ No _____
¿Es el peso combinado de usted y el dispositivo de movilidad más de 800 libras? Si _____ no _____

Are you able to transfer to a seat? Yes _____ No _____
¿Se puede transferir a un asiento? Si _____ no _____

Do you require a Personal Care Attendant (PCA) when traveling? Yes _____ No _____
¿Necesita un Asistente de Cuidado Personal (PCA) cuando viaja? Si _____ no _____

If you travel with a PCA does this person assist you with:
Si viaja con un PCA, ¿esta persona le ayuda con:

Getting to or from bus stops? Yes _____ No _____
¿Llegar o salir de las paradas de autobús? Si _____ no _____

Getting on or off the bus? Yes _____ No _____
¿Subiendo o bajando del autobús? Si _____ no _____

Assist you at your pickup and destination? Yes _____ No _____
¿Le ayudará en su recogida y destino? Si _____ no _____

Can you be left unattended? Yes _____ No _____
¿Se puede dejar sin vigilancia? Si _____ no _____

Can you independently travel from your home to the nearest bus stop? Yes ___ No ___
¿Puede viajar independientemente desde su casa hasta la parada de autobús más cercana? Si ___ no ___

If you answered no to the above question, please identify which barriers prevent you from having access:

Si contestó no a la pregunta anterior, identifique qué obstáculos le impiden Teniendo acceso:

Curb or uneven surface: ___ Hill: ___ Night Blindness: _____

Curb o superficie desigual: Colina: Noche Ceguera:

Light Sensitive: ___ Inclement Weather: ___ Intersections: _____

Sensible a la luz: Tiempo inclemente: Intersecciones:

Bus stop not accessible: ___ Other: (explain) _____

Parada de autobús no accesible: Otro: (explicar)

How does your disability affect your use of the fixed route bus system?

¿Cómo afecta su discapacidad el uso del sistema de autobuses de ruta fija?

Do you require information you receive to be in an alternate format? Yes ___ No ___

¿Necesita que la información que reciba esté en un formato alternativo? Si ___ No ___

If yes, which of the following would you need?

En caso afirmativo, ¿cuál de los siguientes necesita?

Braille: ___ Large Print: ___ Audio Cassette: ___ Other: _____

Braille: Impresión grande: Cassette de audio: Otro:

Did you complete this application by yourself? Yes: ___ No: _____

¿Completaste esta solicitud por ti mismo? Si ___ No: ___

Applicant Signature: _____

Firma del solicitante:

If you answered no to the last question please fill out the following.

Si contestó no a la última pregunta por favor llene el siguiente formulario.

Name of person who assisted you: _____

Nombre de la persona que le ayudó:

Their relationship to you: _____

Su relación con usted:

Their telephone number: _____

Su número de teléfono:

Ciudad de Anderson Evaluación de transporte para Nifty Lift Formulario de liberación de autorización del profesional de la salud

Por la presente autorizo _____ a
(Nombre del profesional de la medicina)

Lanzamiento a la Ciudad de Anderson Transportation System / Nifty Lift, la Información sobre mi (s) limitación (es) funcional (es) y / o condiciones relacionadas con la salud Que afecta mi habilidad para usar el transporte público. Esta información combinada con mi Solicitud se utilizará para determinar el tipo o tipos de Programas de transporte para los cuales soy elegible.

(Nombre en letra de imprenta del médico con licencia, enfermera licenciada, con licencia estatal o nacional Profesional Certificado de Salud / Rehabilitación que esté familiarizado con sus limitaciones relacionadas con el tránsito O condición relacionada con la salud.)

Por favor imprima o escriba la siguiente información.

Professionals Name: _____
Profesionales Nombre:

Mailing Address: _____
Dirección de envío:

City: _____ State: _____ Zip: _____
Ciudad: Estado: _Cremallera:

Phone Number: _____ FAX Number: _____
Número de teléfono: Número de fax:

Toda la información divulgada se mantendrá confidencial y se usará sólo con el propósito de evaluar Su elegibilidad de tránsito.

Applicant's Signature _____
Firma del aplicante

Print Applicant's Name _____
Nombre del Solicitante

Date _____
Fecha

If anyone other than applicant, please fill in your name and relationship to applicant.

Si alguien más que el solicitante, por favor, rellene su nombre y relación con solicitante.

Estimado profesional de la salud:

La Ley Federal requiere que la Ciudad de Anderson Transportation System (C.A.T.S.) provea Paratransit Servicios a personas que no pueden utilizar el servicio de tránsito de ruta fija. La información que proporcione en el Adjunta Verificación Profesional permitirá C.A.T.S. Para hacer una evaluación adecuada del Capacidad de tránsito del solicitante. Proporcione información completa y específica para describir cómo Las capacidades funcionales del solicitante impiden el uso de C.A.T.S. Servicio de autobús de ruta fija y Cómo el diagnóstico afecta esa capacidad o incapacidad. En el caso de que usted debe divulgar la salud protegida Información sobre el solicitante, hemos proporcionado al solicitante una autorización para Protected Health Information y les pidió que incluyeran una copia con esta carta.

De acuerdo con la "Americans with Disabilities Act of 1990" ADA y sus reglamentos, la Sección 37- 123 (e), hay categorías específicas bajo las cuales una persona sería considerada ADA elegible para Servicio de transporte paralelo:

"Cualquier persona con una discapacidad que no pueda, como resultado de un impedimento físico o mental (Incluyendo un impedimento visual), y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de Un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia de embarque), para embarcar, montar o desembarcar de cualquier vehículo en El sistema que es fácilmente accesible y utilizable por individuos con discapacidades. "[37.123 (e) (1)]

"Cualquier persona con una discapacidad que tenga una afección específica relacionada con el impedimento que Individuo de viajar a un lugar de embarque o de un lugar de desembarque en dicho sistema. " [37.123 (e) (3)]

"La condición específica relacionada con el impedimento debe impedir que la persona use el sistema de rutas fijas. Edad, malestar, dolor ocasional o distancia que hace más difícil llegar o salir de las paradas / estaciones No confiere elegibilidad. Una determinación de si el viaje es difícil en lugar de "prevenirse" necesitará A ser hecho ". [37.123 (e) (3)]

"Para cualquier persona, ir a una parada de autobús y esperar un autobús es más difícil y menos cómodo que Esperando un vehículo en casa. Esto es probable que sea aún más cierto para un individuo con un discapacidad. Pero para muchas personas con discapacidades, en muchas circunstancias, llegar a una parada de autobús es posible. Si una condición relacionada con el deterioro hace más difícil el trabajo de acceso al tránsito Podría ser, pero no impide el viaje, entonces la persona no es elegible. "[37.123 (e) (3)]

TENGA EN CUENTA: Todos los C.A.T.S. Los autobuses de ruta fija y los vehículos Nifty Lift están equipados con certificación ADA Ascensores de pasajeros / sillas de ruedas.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: Su evaluación de cada persona debe basarse únicamente en la capacidad o incapacidad del individuo para usar Servicio de tránsito regular. Su verificación debe considerar solamente la presencia de una condición incapacitante, no La edad del solicitante. Tenga cuidado al evaluar a los solicitantes de este servicio. Falsa verificación Podría resultar en limitación de viajes para personas legítimamente calificadas para usar Paratransit. Si tienes algún Preguntas sobre la Solicitud o el proceso de revisión, por favor comuníquese con Nifty Lift al (765) 648-6403. Todo de C.A.T.S. Los autobuses de ruta fija y los vehículos Nifty Lift están equipados con certificación ADA Ascensores de pasajeros / sillas de ruedas.

El personal de Nifty Lift está disponible para entrenar o ayudar a su personal de oficina en el manejo de estas aplicaciones.

Sinceramente,
Merle Jones
Gerente general

This part is to be completed by Medical Professional
Esta parte debe ser completada por Medical Professional

Physical Impairment
Discapacidad física

Applicants Name: _____
El nombre del solicitante:

Does the applicant Impairment / Disability prevent them from?
¿El impedimento / discapacidad del solicitante los impide?

Riding ADA compliant fixed route buses? Yes _____ No _____
Riding autobuses de ruta fija compatible con ADA? Si _____ no _____

Traveling 200 feet without assistance? Yes _____ No _____
¿Viajas 200 pies sin ayuda? Si _____ no _____

Climbing three (3) twelve (12) inch steps? Yes _____ No _____
Escalando tres (3) pasos de doce (12) pulgadas? Si _____ no _____

Waiting outside without support for ten (10) minutes? Yes _____ No _____
¿Esperar afuera sin apoyo durante diez (10) minutos? Si _____ no _____

Does the applicant have difficulty breathing? Yes _____ No _____
¿Tiene el solicitante dificultad para respirar? Si _____ no _____

Can the applicant travel alone, without an attendant? Yes _____ No _____
¿Puede el solicitante viajar solo, sin un asistente? Si _____ no _____

Is the applicant a danger to themselves or others? Yes _____ No _____
¿Es el solicitante un peligro para sí mismos o para otros? Si _____ no _____

Is the applicant Impairment / Disability Permanent? Yes _____ No _____
¿El impedimento del solicitante es permanente? Si _____ no _____

Is the Impairment / Disability Temporary? Yes _____ No _____
¿El impedimento / discapacidad es temporal? Si _____ no _____

If it is Temporary can you give an approximate date of when they may resume normal activities? Month _____ Year _____
Si es Temporal puede dar una fecha aproximada de cuándo pueden reanudar la normalidad ¿ocupaciones? Mes _____ Sí

Please describe in layman's terms any other physical disability that we should be aware of:
Por favor, describa en términos sencillos cualquier otra discapacidad física que debemos tener en cuenta: _____

Cognitive Impairment /Deterioro cognitivo

Applicants Name _____
El nombre del solicitante

If this person has a cognitive disability are they able to:
Si esta persona tiene una discapacidad cognitiva son capaces de:

Tell Time? Yes _____ No _____
¿Dice el tiempo? Si no

Recognize Numbers? Yes _____ No _____
¿Reconocer los números? Si no

Safely and effectively travel alone? Yes _____ No _____
Con seguridad y efectivamente viajar solo? Si no

Understand and follow directions? Yes _____ No _____
¿Entiende y sigue las instrucciones? Si no

Recognize a destination or landmark? Yes _____ No _____
¿Reconocer un destino o punto de referencia? Si no

Deal with unexpected situations or routine? Yes _____ No _____
¿Hacer frente a situaciones o rutinas inesperadas? Si no

Give address and phone number if requested? Yes _____ No _____
Indicar dirección y número de teléfono si se solicita? Si no

Function without danger to themselves or others? Yes _____ No _____
Función sin peligro para sí mismos o para los demás? Si no

Please describe in layman's terms any other mental disability we should be aware of:
Describa en términos sencillos cualquier otra discapacidad mental que debemos tener en cuenta:

I hereby certify that in my professional judgment, the information provided in this application to be correct.
Por la presente certifico que en mi opinión profesional, la información proporcionada en esta solicitud ser correcto.

Professional Name: _____ Date: _____
Nombre Profesional: Fecha:

Title: _____ Phone: _____
Título: Teléfono:

Address: _____
Dirección:

Signature: _____
Firma: