



**Solicitud de
Paratr nsito ADA
Servicio**

Los servicios de paratransito de la ADA deben saber

Las reservaciones deben realizarse antes de las 5:00 pm un día antes del viaje. EZ-Rider acepta reservas por teléfono durante el horario comercial habitual de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. De lunes a viernes y sábados de 8:00 am a 4:00 pm. Las solicitudes de reserva dejadas en el sistema de correo de voz EZ-Rider fuera del horario de oficina o realizadas a través del portal de autoservicio de Ecolane se aceptan de acuerdo con esta política de reserva.

Las reservaciones se realizan dentro de un período de una hora desde la fecha de entrega o recogida prevista. Es responsabilidad del cliente estar listo para la recogida en cualquier momento dentro de ese período.

Las cancelaciones deben realizarse con al menos (1) hora de anticipación. Si no cancela con al menos (1) hora de anticipación, se contará como “No Show”. La acumulación de múltiples “No Shows” puede resultar en la suspensión del servicio (consulte la Política de Cancelaciones Tardías y No Shows de EZ-Rider).

La tarifa es de \$2.50 por viaje dentro del área de servicio y de \$5 por viaje para viajes prolongados. Los clientes deberán presentar la tarifa completa o un boleto precomprado al abordar. Al pagar en efectivo, los clientes deben tener el importe exacto de la tarifa. Los conductores no dan cambio.

Un cliente puede estar acompañado por un acompañante y un asistente de cuidado personal (PCA). Los PCA son responsables de ayudar a los clientes con todas las necesidades personales. No se cobra tarifa al PCA por acompañar al cliente en viajes de paratransito; un acompañante deberá pagar la tarifa regular.

Los artículos que se traen en el autobús se limitan a lo que el cliente puede llevar a bordo sin realizar viajes adicionales.

Los viajes consecutivos deben programarse con al menos (30) minutos de diferencia.

Está prohibido comer, beber y fumar en el autobús en todo momento.

Las sillas de ruedas deben estar aseguradas para el transporte.

Se permiten animales de servicio en vehículos e instalaciones siempre que se mantengan bajo el control del pasajero. Los “animales de confort” y otras mascotas pequeñas deben estar contenidos en un transportador y no presentar un peligro ni ser ofensivos para otros pasajeros o el personal de EZ-Rider.

Se espera que los clientes sean corteses con los conductores y otros pasajeros. El lenguaje o comportamiento perturbador o amenazante puede resultar en la suspensión del servicio.

SOLICITUD DE PARATRÁNSITO ADA

De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, MOUTD/EZ-Rider brinda servicio de paratrásito ADA a personas con una discapacidad que viajan en un área atendida por MOUTD/EZ-Rider pero que no pueden usar el autobús de ruta regular. servicio. Esta solicitud tiene como objetivo determinar cuándo y bajo qué circunstancias el solicitante puede utilizar el servicio de autobús de ruta regular y cuándo se requiere el servicio ADA Paratransit.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

Todos los solicitantes deben completar una solicitud. **Todas las preguntas deben ser respondidas.** Aplicaciones incompletas serán regresadas. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a MOUTD/EZ-Rider al (432) 561-9990.

NOTA: EL PROCESAMIENTO DE ESTA SOLICITUD PUEDE TARDAR HASTA 21 DÍAS

CUANDO ESTÉ COMPLETADA, DEVUELVA ESTA SOLICITUD A:

ENVIAR A: MOUTD/EZ-Rider
10300 Younger Road
Midland, TX 79706

EMAIL PARA: mjimenez@ez-rider.org

ENVÍE POR FAX A: (432) 400-0808

NO ESCRIBAS EN ESTE ESPACIO

Fecha de recepción: _____ Aprobado Denegado

Revisado por: _____ Fecha: _____

PARTE 1 – INFORMACIÓN GENERAL

POR FAVOR IMPRIMIR

Apellido nombre: _____

Dirección: _____ Apt # _____

Conjunto de edificios o nombre: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, identifíquelo:

Nombre _____ Teléfono: _____

Por favor proporcione el nombre y número de teléfono de alguien con quien podamos comunicarnos en caso de emergencia:

Nombre _____ Teléfono: _____

Relación: _____

PARTE 2—CAPACIDAD DE UTILIZAR RUTAS MOUTD/EZ-RIDER

Indique a continuación los motivos por los que solicita la elegibilidad de paratransito ADA.

(Marque todo lo que corresponda)

_____ Puedo usar los autobuses de ruta MOUTD/EZ-Rider para ir a algunos lugares, pero en otros lugares no puedo ir y volver de las paradas de autobús.

_____ Debido a mi discapacidad, nunca puedo usar los autobuses de ruta MOUTD/EZ-Rider.

_____ Otras razones (por favor explique): _____

PARTE 3—INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

1. ¿Qué discapacidades le impiden viajar en las rutas MOUTD/EZ-Rider?

(Marque todo lo que corresponda)

_____ Discapacidad física _____ Discapacidad visual

_____ Discapacidad del desarrollo _____ Discapacidad mental

_____ Discapacidad cognitiva _____ Otro

Si es **Otro**, explique en detalle:

2. ¿La discapacidad descrita anteriormente es temporal o permanente?

_____ Temporal, espero que dure otros _____ meses.

_____ Permanente

_____ No sé

3. Indique a continuación si utiliza alguno de los siguientes equipos o ayudas para la movilidad.

_____ Silla de ruedas manual _____ Silla de ruedas eléctrica

_____ Scooter motorizado _____ Bastón largo blanco

_____ aparatos ortopédicos para las piernas _____ andador

_____ Bastón _____ Muletas

_____ Animal de servicio (describir) _____

_____ Otro (describir) _____

_____ No uso ninguna de las ayudas o equipos anteriores.

NOTA: EZ-Rider hará todo lo posible para cumplir con los requisitos de la ADA para acomodar sillas de ruedas y ayudas para la movilidad. El proveedor de transporte transportará cualquier silla de ruedas y ocupante, independientemente de su tamaño o peso, si el ascensor y el vehículo pueden acomodarlos físicamente, a menos que hacerlo sea incompatible con los "requisitos de seguridad legítimos". Los requisitos de seguridad legítimos incluyen circunstancias tales como una silla de ruedas de tal tamaño o peso que bloquearía un pasillo o dañaría el elevador de sillas de ruedas. Esto lo determinará el conductor del transporte público.

4. ¿Necesita la asistencia de un asistente de cuidado personal (alguien que debe ayudarle con las funciones de la vida diaria)?

_____ Sí, necesito ayuda cuando viajo.

_____ No, no necesito asistencia cuando viajo.

PARTE 4—PREGUNTAS SOBRE EL USO DE RUTAS MOUTD/EZ-RIDER

1. ¿Puede solicitar y seguir instrucciones escritas u orales para utilizar las rutas MOUTD/EZ-Rider?

_____ Sí _____ No _____ A veces

Si seleccionó NO o A VECES, marque todo lo que corresponda:

_____ Me confundo y puedo perderme.

_____ Otras personas no pueden entenderme.

_____ Probablemente podría hacerlo con instrucciones.

_____ Otro (por favor describa) _____

2. ¿Puedes ir y volver de las paradas de autobús por tu cuenta?

_____ Sí _____ No _____ A veces

Si seleccionó NO o A VECES, marque todo lo que corresponda:

_____ No puedo conseguir lugares si no hay cortes en las aceras.

_____ No puedo si las calles o aceras son muy empinadas.

_____ No puedo cruzar calles e intersecciones muy transitadas.

_____ No puedo viajar afuera cuando hace demasiado calor.

_____ No puedo encontrar el camino por la noche debido a mi visión limitada.

_____ Probablemente podría hacerlo con capacitación para viajar.

_____ Me siento inseguro viajando solo.

_____ Otro (por favor describa) _____

3. Usando una ayuda para la movilidad o por su cuenta, ¿hasta dónde puede caminar u operar su silla de ruedas o scooter?

_____ No puedo caminar fuera de mi casa o departamento.

_____ Puedo llegar a la acera frente a mi casa o apartamento.

_____ Puedo caminar o usar mi silla de ruedas hasta 3 cuadras.

_____ Puedo caminar o usar mi silla de ruedas hasta 6 cuadras.

_____ Puedo caminar o usar mi silla de ruedas hasta 9 cuadras.

4. ¿Puedes esperar hasta 30 minutos por un autobús MOUTD/EZ-Rider en una parada de autobús?

_____ Sí

_____ Sí, si la parada de autobús tiene una banca o marquesina

_____ No (por favor explique) _____

5. ¿Existen otras condiciones que limiten su capacidad para recorrer las rutas MOUTD/EZ-Rider?

_____ Sí (por favor describa) _____

_____ No

PARTE 5—INFORMACIÓN DE VIAJE ACTUAL

Enumere los viajes que realizará con más frecuencia utilizando el servicio ADA Paratransit. Los ingresaremos en nuestro software de programación y despacho.

EJEMPLO

DESDE:

HASTA:

35 Palm Dr.

Público, 150 Main St.

DESDE:

HASTA:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

PARTE 6—MÉDICO U OTRO PROFESIONAL TRATANTE

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE CON INFORMACIÓN DE AL MENOS UN PROFESIONAL DE TRATAMIENTO (DEBE TENER LICENCIA/CERTIFICADO) Y FIRMAR PARA PERMITIR QUE EZ-RIDER RECIBA INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD QUE SEA RELEVANTE PARA ESTA SOLICITUD.

Ejemplos de profesionales tratantes incluyen:

Médico (M.D. o D.O.)	Especialista en vida independiente
Fisioterapeuta	Especialista en Rehabilitación
Terapeuta ocupacional	Trabajador social con licencia
Instructor de Orientación y Movilidad	Optometrista
Enfermera Registrada	Psicóloga

Nombre (en letra de imprenta) _____
Clínica o Agencia _____
Correo electrónico _____ Fax # _____

Nombre (en letra de imprenta) _____
Clínica o Agencia _____
Correo electrónico _____ Fax # _____

Nombre (en letra de imprenta) _____
Clínica o Agencia _____
Correo electrónico _____ Fax # _____

PARTE 7—CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en las que no puedo viajar en las rutas MOUTD/EZ-Rider y, por lo tanto, debo usar el servicio ADA Paratransit. Entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con profesionales involucrados en la evaluación de mi elegibilidad. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en la cancelación de mi estatus de elegibilidad.

Reconozco que he recibido una copia de las Reglas de transporte de EZ-Rider Paratransit. Entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos, incluidas las Reglas de usuarios, será motivo para suspender o revocar mi uso de los servicios de EZ-Rider.

Autorizo a los profesionales autorizados enumerados en la Parte 6 de esta solicitud a proporcionar verificación y divulgar información relacionada con mi discapacidad a MOUTD/EZ-Rider para evaluar las determinaciones de elegibilidad.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si el formulario ha sido completado por una persona que no es el Solicitante (marque uno):

_____ Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según la información que me proporcionó el solicitante.

_____ Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi propio conocimiento de la condición de salud o discapacidad del solicitante y tengo autoridad legal para completar esta solicitud.

Nombre en letra de molde _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono de día _____

Firma _____ Fecha _____

Relación con el solicitante _____

Nombre de la agencia (si corresponde) _____