

# Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit

## Formulario de Información de contacto

**Por favor con letra de molde (Con excepción de la firma). Respuestas deben ser legibles en tinta Azul O Negra.**

(Forma A en tipo PDF está disponible en [WWW.MSTMOBILITY.ORG/ADA-PARATRANSIT-RIDES/](http://WWW.MSTMOBILITY.ORG/ADA-PARATRANSIT-RIDES/))

Si usted decidiera aplicar para ADA Paratransit RIDES, la información contenida en este formulario puede que sea compartida con otras agencias de transportación y con profesionales del cuidado de la salud. No será usada para ninguna otra cosa. Tiene que completar todos los espacios.

### FAVOR DE PROVEER LA INFORMACION DE CONTACTO REQUERIDA

Su Nombre Completo:		
Dirección Donde Vive:		Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de Correo (si es diferente):		Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de Nacimiento:    /    /	← Ejemplo: 01/01/1997	Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Teléfono: (    )		Teléfono Celular: (    )
Correo Electronico E-mail:		
Idioma Preferido (Para la entrevista):		
Persona que podamos llamar en caso de emergencia (o escriba "nadie" enseguida de nombre):		
Nombre:		Teléfono:

Una vez que MST reciba su solicitud de su proveedor de la salud con los formularios de *Información de Contacto* y *Verificación Profesional*, nosotros le contactaremos para hacerle una cita para una entrevista en persona. Si necesita transportación de, o a la locación para la entrevista, MST le proveerá transportación sin costo para usted.

**Si usted es el solicitante, y no entrega esta solicitud a favor de alguien mas, por favor firme directamente abajo.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Si usted está presentando este formulario en nombre del solicitante , por favor marque la casilla a la izquierda , proporcionar la información requerida en las cajas , y firmar .directamente debajo .
Email Address:	

**ES REQUERIDO QUE ENTREGUE DOCUMENTACION QUE TIENE AUTORIDAD LEGAL PARA ATUAR EN REPRESENTACION DEL APLICANTE. POR PAVOR ADJUNTE LAS COPIAS DEL DOCUMENTO CON ESTE FORMULARIO.**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Envíe por correo los documentos originals a MST ADA Paratransit Service at 201 Pearl Street, Monterey, CA 93940**

# Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit

## Professional Verification Form

(to be completed by a California licensed health care provider with the qualifications and training to properly evaluate the applicants abilities and limitations with regard to accessing public transportation)

**PLEASE PRINT OR TYPE ALL RESPONSES (EXCEPT SIGNATURE).**

**RESPONSES MUST BE LEGIBLE AND WRITTEN IN BLUE OR BLACK INK.**

(A TYPE-IN PDF FORM IS AVAILABLE AT [WWW.MSTMOBILITY.ORG/ADA-PARATRANSIT-RIDES/](http://WWW.MSTMOBILITY.ORG/ADA-PARATRANSIT-RIDES/))

<b>CALIFORNIA LICENSED HEALTH CARE PROFESSIONAL</b>			
<b>(To be completed by MD, DO, DC, PhD, LCSW, LMFT, RN, etc.)</b>			
<b>Professional Named on License</b>	<b>Print License Type</b>	<b>Print License #</b>	<b>Expiration Date</b>
			/ /
Office Telephone:		Office Fax:	
How long has the applicant been in your care?		Years ____ Months ____	
<b>PLEASE RESPOND TO THE QUESTIONS BELOW REGARDING THE APPLICANT'S LIMITATIONS</b>			
Applicants Full Name:			
<input type="checkbox"/> Applicant can only stand for__ minutes at a time before he/she needs to sit. _____ Minutes			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk for__ minutes before he/she needs to rest. _____ Minutes			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk <u>up</u> a street grade less than __%. _____%			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk <u>down</u> a street grade less than __%. _____%			
<input type="checkbox"/> Applicant is undergoing treatment (dialysis, chemotherapy, etc.) which results in a need for travel assistance following those treatments. <i>Please check box if applicable but do not provide diagnosis or medical information.</i>			
<input type="checkbox"/> Applicant will require the assistance of a personal care attendant and/or requires a mobility device to ride the bus. Please specify which and under what conditions.			
<input type="checkbox"/> Applicant's physical or cognitive impairment keeps him/her from navigating city streets and roads by use of signs, maps or written/oral directions. Please specify which and under what conditions.			
Is the applicant's limitation(s) <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporary (lasting _____ months)?			

Your signature below certifies that this form has been completed or reviewed fully by you, that the above information is accurate and current, and that you understand that false or misleading information provided for the purpose of qualifying your patient for publically subsidized services violates State and Federal law.

**This form must be signed by the California licensed professional named above. Please sign below and return to MST. Signature stamps are prohibited. Copies and faxed forms will not be accepted.**

Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Mail Original Document to MST ADA Paratransit Service at 201 Pearl Street, Monterey, California 93940**