

**SOLICITUD ATRANS
PARA
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA**

La información obtenida en este proceso de certificación sólo será utilizada por ATRANS para la prestación de los servicios de transporte. La información solo se compartirá con otros proveedores de tránsito para facilitar los viajes en esas áreas. La información no será proporcionada a ninguna otra persona o agencia.

NOMBRE: _____

DIRECCION DE CASA: _____

DIRECCIÓN DE ENVIO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿CUÁL ES LA DISCAPACIDAD QUE LE IMPIDE UTILIZAR EL SERVICIO DE RUTA FIJA?

¿ESTA CONDICIÓN ES TEMPORAL? Sí

No

EN CASO AFIRMATIVO, DURACIÓN ESPERADA HASTA: _____

¿CÓMO ESTA DISCAPACIDAD LE IMPIDE UTILIZAR LOS SERVICIOS DE RUTA FIJA? (Por favor explique completamente y adjunte otra hoja de papel si necesita más espacio).

La siguiente información se utilizará para garantizar que se utilice un vehículo adecuado para proporcionar su transporte y que ATRANS pueda realizar un análisis preciso de sus solicitudes de viaje.

¿UTILIZA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AYUDAS PARA LA MOVILIDAD? (Marque todo lo que corresponda)

MULETAS DE SCOOTER MOTORIZADO CAÑA
SILLA DE RUEDAS MANUAL SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA
ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL PERRO GUÍA

Otros (especificar):

¿REQUIERE UN ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL CUANDO VIAJA?

Sí No

SI ES SÍ, NOMBRE DEL ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL CERTIFICADO:

¿PUEDE VIAJAR 200 PIES SIN LA AYUDA DE OTRA PERSONA?

Sí No

¿PUEDE VIAJAR 1/4 DE MILLA SIN LA AYUDA DE OTRA PERSONA?

Sí No

¿SE PUEDE VIAJAR SIN LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA?

Sí No

¿PUEDE SUBIR TRES ESCALONES DE 12 PULGADAS SIN AYUDA?

Sí No

¿PUEDE ESPERAR AFUERA SIN APOYO DURANTE DIEZ MINUTOS?

Sí No

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA.

FIRMA _____

FECHA _____

SI ESTA SOLICITUD HA SIDO COMPLETADA POR ALGUIEN
APARTE DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA CERTIFICACIÓN, QUE
LA PERSONA DEBE COMPLETAR LO SIGUIENTE:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

NUMERO DE TELEFONO DIURNO: _____

FIRMA: _____

Consentimiento para contactar a un médico u otro profesional

Para permitir que ATRANS evalúe su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con un médico u otro profesional para confirmar la información que ha proporcionado.

Por favor complete la siguiente información y formulario de autorización.

Uno de los siguientes enumerados a continuación está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información al sistema de tránsito municipal de la ciudad de Alexandria, ATRANS. (Por favor marque uno)

Médico Profesional sanitario Profesional de Rehabilitación

Proporcione la información de contacto del profesional que ha seleccionado anteriormente.
Esta información es necesaria ~~para completar~~ esta solicitud de certificación.

NOMBRE: _____

(Por favor imprimir)

DIRECCIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Firme y ponga la fecha a continuación para autorizar a ATRANS a ponerse en contacto con el médico u otro profesional.

FIRMA: _____

FECHA: _____