

**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: \_\_\_\_\_