



Para: Candidatos ao serviço complementar de trânsito para pessoas com deficiências da Lei dos Americanos com Deficiências (ADA, pela sigla em inglês)

O formulário de candidatura para elegibilidade da ADA (**parte A**) e o formulário do(a) profissional de saúde (**parte B**) estão anexados a este documento.

A parte A deve ser preenchida pelo(a) candidato(a).

A parte B deve ser preenchida pelo(a) profissional de saúde.

Depois que ambos forem concluídos, você ou o(a) profissional de saúde deverá devolver as partes A e B para:

MW RIDE

15 Blandin Ave

Framingham, MA 01702

AOS CUIDADOS DO: Diretor da ADA

O processo de certificação será finalizado em vinte e um (21) dias corridos, após o recebimento do formulário original completamente preenchido pelo MWRTA.

Entraremos em contato por e-mail assim que sua candidatura for analisada. Uma carta será enviada informando seu status de elegibilidade. Caso ele seja negado, as instruções sobre o processo para recorrer serão incluídas.

*** Por favor, revise a candidatura com atenção; qualquer candidatura com informações incompletas NÃO será considerada para certificação e será devolvida para o(a) candidato(a).**

*Se você tiver alguma dúvida, favor ligar para o
Centro de Atendimento da MW no 508-820-4650*

A candidatura será devolvida se as seções não forem todas preenchidas.



PARTE A:

Para ser preenchido pelo(a) candidato(a)

As informações obtidas neste processo de certificação serão utilizadas apenas pela Autoridade de Trânsito Regional da MetroWest para a prestação do serviço complementar de trânsito para pessoas com deficiência da ADA. Essas informações não serão dadas a qualquer outra pessoa ou agência que não seja para fins de serviços de trânsito previstos na ADA.

*O processo de certificação será finalizado em vinte e um (21) dias corridos, após recebimento do formulário original **completamente** preenchido pelo MWRTA,*

A aprovação desta candidatura é baseada no fato de uma pessoa conseguir ou não utilizar de maneira independente o Sistema de Ônibus de Rota Fixa.

** Formatos alternativos estão disponíveis mediante solicitação **

Favor preencher

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: Residencial _____ Trabalho _____ Celular _____

Data de nascimento: _____ Masculino _____ Feminino _____

Informações de contato de emergência:

Nome: _____ Relacionamento: _____

Telefone: Residencial _____ Trabalho _____ Celular _____

Favor assinalar, caso seja um(a) veterano(a) { } ou parente imediato de um(a) veterano(a) { }.

Parente imediato é descrito como cônjuge, pais e avós, filhos e netos, irmãos e irmãs, sogra e/ou sogro, cunhado e/ou cunhada, nora e/ou genro. As pessoas adotadas e as da família do cônjuge também estão incluídas.

A candidatura será devolvida se as seções não forem todas preenchidas.



1. Qual é a deficiência ou condição de saúde que o(a) impede de usar o serviço de rota fixa da MWRTA? Descreva todas as deficiências ou condições de saúde que afetam o transporte: _____

2. Como sua deficiência o(a) impede de chegar ou sair de um ponto de ônibus?

3. Você usa algum dos utensílios auxiliares de mobilidade seguintes?

(Marque todas as opções adequadas)

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Bengala | <input type="radio"/> Cadeira de rodas manual | <input type="radio"/> Outro: _____ |
| <input type="radio"/> Bengala branca | <input type="radio"/> Cadeira de rodas automática | <input type="radio"/> Animal de serviço (especifique) |
| <input type="radio"/> Muletas | <input type="radio"/> Scooter/Carrinho | _____ |
| <input type="radio"/> Andador | <input type="radio"/> Oxigênio | <input type="radio"/> Nenhuma das opções |

Observação: O transporte de todas as cadeiras de rodas, independentemente do tamanho ou peso, será realizado, desde que o elevador e o veículo possam fazê-lo com segurança.

4. Nas melhores condições, até que ponto você consegue andar ou se deslocar com o seu utensílio auxiliar de mobilidade, sem a ajuda de outra pessoa?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Menos de 1 quarteirão | <input type="radio"/> 2 quarteirões (1/4 milha-400m) | <input type="radio"/> 6 quarteirões (3/4 milha-1200m) |
| <input type="radio"/> 1 quarteirão | <input type="radio"/> 4 quarteirões (1/2 milha-800m) | <input type="radio"/> mais de 6 quarteirões |
| <input type="radio"/> Não me desloco sozinho(a) | | |



5. Sem a ajuda de outra pessoa, você consegue?

Solicitar e compreender instruções escritas ou faladas

Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

Atravessar ruas e cruzamentos?

Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

Ficar de pé por (10) dez minutos se não houver lugar para sentar?

Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

Subir e descer na calçada do meio-fio?

Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

Encontrar o caminho até o ponto de ônibus se alguém indicá-lo uma vez?

Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____



Subir e descer (3) três degraus se houver um corrimão?

- Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

Transferir-se de um veículo de rota fixa para outro?

- Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

Lidar com situações inesperadas, como: ruídos altos no ônibus ou atrasos se um veículo quebrar enquanto você estiver a bordo?

- Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

6. A sua capacidade de se transportar de maneira independente é afetada por climas extremos, tanto quente quanto frio?

- Sempre Às vezes Nunca Não tenho certeza

Favor explicar: _____

7. A sua deficiência é temporária?

Sim data aproximada do fim: _____

Não

Não tenho certeza

A candidatura será devolvida se as seções não forem todas preenchidas.



**8. Você precisa de um acompanhante ou assistente quando é transportado(a)?
Por exemplo, um assistente de cuidados pessoais (PCA, pela sigla em inglês)
(os passageiros devem providenciar seu próprio PCA)**

Sim Não Às vezes

9. Gostaria de informar mais alguma coisa sobre sua deficiência ou condição de saúde que possa nos ajudar a entender melhor as suas capacidades e restrições de transporte?

Até onde vai o meu conhecimento, certifico que as informações contidas neste formulário são verdadeiras e corretas.

(Dar informações falsas ou enganosas conscientemente pode resultar na negação dos serviços complementares de trânsito para pessoas com deficiência da ADA.)

Assinatura do(a) candidato(a): _____

Se esta candidatura foi preenchida por outra pessoa que não a pessoa que está se candidatando para a certificação, essa pessoa deve preencher as informações a seguir.

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: Residencial _____ Trabalho _____ Celular _____

Assinatura: _____ Data: _____

A candidatura será devolvida se as seções não forem todas preenchidas.



Para permitir que a Autoridade de Trânsito Regional da MetroWest avalie adequadamente a sua candidatura, pode ser necessário entrar em contato com o(a) Profissional de Saúde Licenciado(a). Favor verifique a opção adequada e preencha as informações seguintes para fins informativos e de autorização.

O Médico(a)

O Profissional de Saúde Licenciado(a)

O Profissional de Reabilitação

está familiarizado(a) com a minha deficiência e autorizado(a) a dar informações à Autoridade de Trânsito Regional da MetroWest (ou o/a representante). Essas informações podem ser necessárias para concluir esta certificação.

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone: Residencial _____ Trabalho _____ Celular _____

Fim da parte A

Anteriormente, candidatos solicitaram documentos considerados essenciais do Programa de Título VI. Atualmente, os documentos essenciais estão disponíveis em espanhol e português. Se precisarem de informações em outro idioma, entre em contato com MWRTA no (508) 935-2222.

A candidatura será devolvida se as seções não forem todas preenchidas.



Spanish: Si necesita información en otro idioma, comuníquese con MWRTA al (508) 935-2222.

Portuguese: Se as informações forem necessárias em outro idioma, entre em contato com MWRTA em (508) 935-2222.

Russian: Если необходима информация на другом языке, свяжитесь с MWRTA по телефону (508) 935-2222.

Polish: Jeśli potrzebne są informacje w innym języku, prosimy o kontakt z MWRTA pod numerem (508) 935-2222.

Chinese Mandarin: 如果需要其他语言的信息，请致电（508）935-2222 与 MWRTA 联系。

Rúguǒ xūyào qítā yǔyán de xìnxī, qǐng zhìdiàn (508)935-2222 yǔ MWRTA liánxì.