



**Para: personas que solicitan el servicio de paratransito
complementario de la ADA**

Adjunto encontrará la solicitud de elegibilidad para la Ley de Estadounidenses con Discapacidad (ADA) (**Parte A**) y el formulario del proveedor de atención médica (**Parte B**).

El solicitante debe llenar la **Parte A**.

El proveedor de atención médica debe llenar la **Parte B**.

Una vez que ambas se hayan llenado, usted o su proveedor de atención médica deben devolver las **Partes A y B** a:

MW RIDE

15 Blandin Ave

Framingham, MA 01702

A LA ATENCIÓN DE: Director de la ADA

El proceso de certificación finalizará dentro de los veintiún (21) días calendarios siguientes una vez que la Autoridad Regional de Tránsito de MetroWest (MWRTA) reciba la solicitud original completa.

Nos comunicaremos con usted por correo una vez que se revise la solicitud. Se le enviará una carta indicando su estado de elegibilidad. De ser rechazada, se incluirán las instrucciones sobre el proceso de apelación.

*** Revise la solicitud detenidamente; si a una solicitud le falta información, NO será considerada para la certificación y se le devolverá al solicitante.**

*Si tiene alguna pregunta, llame al
Centro de atención telefónica de MW al 508-820-4650*

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.

PARTE A:

Para ser llenada por el solicitante

La información obtenida en este proceso de certificación solo la utilizará la Autoridad de Tránsito Regional de MetroWest para la prestación del servicio de paratransito complementario de la ADA. Esta información no se le facilitará a ninguna otra persona o ente que no sea para los fines de tránsito de la ADA.

*El proceso de certificación finalizará dentro de los veintiún (21) días calendarios siguientes una vez que la MWRTA reciba la solicitud original **completa**.*

La aprobación de esta solicitud depende de si la persona puede desplazarse de manera independiente en un sistema de autobuses de ruta fija.

Se facilitan formatos alternativos de solicitarlos

Escribir con letra de imprenta

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Fecha de nacimiento: _____ Masculino _____ Femenino _____

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Indique si es veterano de guerra { } o si es familiar directo de un veterano de guerra { }.

Un familiar directo se define como un cónyuge, padre, madre, abuelos, hijos, nietos, hermanos, suegros, cuñados, nuera o yerno. También se incluyen los familiares por adopción, políticos o por matrimonios posteriores.

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud que le impide utilizar el servicio de ruta fija de MWRTA? Describa todas las discapacidades o afecciones de salud que afectan su viaje: _____

2. ¿Cómo le impide su discapacidad para llegar o venir desde la parada de autobús?

3. ¿Utiliza algunos de los siguientes dispositivos de ayuda para desplazarse?

(Marque todos los que correspondan)

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| ☐ Bastón | ☐ Silla de ruedas manual | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Bastón blanco | ☐ Silla de ruedas eléctrica | ☐ Animal de servicio (especifique) _____ |
| ☐ Muletas | ☐ Monopatín/Carrito | |
| ☐ Andadera | ☐ Oxígeno | ☐ Ninguno de los anteriores |

Nota: se permitirá el transporte de todas las sillas de ruedas, independientemente de su tamaño o peso, siempre que se puedan acomodar en el elevador y en el vehículo de manera segura.

4. En las mejores condiciones, ¿qué tan lejos puede caminar o viajar con su dispositivo de ayuda para desplazarse, sin la ayuda de otra persona?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Menos de 1 cuadra | ☐ 2 cuabras (1/4 de milla) | ☐ 6 cuabras (3/4 de milla) |
| ☐ 1 cuadra | ☐ 4 cuabras (1/2 milla) | ☐ más de 6 cuabras |

☐ No puedo viajar solo(a) en lo absoluto

5. Sin la ayuda de otra persona, ¿puede hacer lo siguiente?

Solicitar y entender instrucciones orales o escritas

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Cruzar calles e intersecciones

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Estar de pie durante diez (10) minutos si no hay dónde sentarse

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Subir y bajar de una acera desde el borde de la acera

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Saber cómo ir a la parada de autobús por su cuenta si alguien le muestra el camino una vez

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____



Subir y bajar tres (3) escalones si hay pasamanos

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Transferirse de un vehículo de ruta fija a otro

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Manejar situaciones inesperadas como: ruidos fuertes en el autobús, retrasos o si un vehículo se avería mientras está a bordo

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

6. ¿Su capacidad para viajar de forma independiente se ve afectada por condiciones climáticas extremas de calor o frío?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

7. ¿Su discapacidad es temporal?

☐ Sí fecha de término aproximada: _____

☐ No

☐ No estoy Seguro(a)

8. ¿Necesita un acompañante o asistente cuando viaja? Es decir, asistente de cuidado personal (PCA) (*los pasajeros deben contar con su propio PCA*)

☐ Sí

☐ No

☐ A veces

9. ¿Hay alguna otra información que le gustaría proporcionar con respecto a su discapacidad o condiciones de salud que podría ayudarnos a comprender mejor sus capacidades y restricciones de viaje?

A mi leal saber y entender, certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

(Proporcionar información falsa o engañosa de manera deliberada puede traer como consecuencia la negación de los servicios de paratransito complementarios de la ADA).

Firma del

solicitante: _____

Si esta solicitud la llenó otra persona que no es la persona que solicita la certificación, dicha persona debe llenar lo siguiente.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Firma: _____ Fecha: _____



A fin de permitir que la Autoridad de Tránsito Regional de MetroWest evalúe adecuadamente su solicitud, es posible que tenga que comunicarse con su profesional de atención médica autorizado. Marque la opción que corresponda y llene lo siguiente para fines informativos y de autorización.

☐ Mi médico

☐ Profesional de atención médica autorizado

☐ Profesional de rehabilitación

está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información a la Autoridad de Tránsito Regional de MetroWest (o su designado). Es posible que esta información se necesite para completar esta certificación.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Fin de la Parte A



Anteriormente, los consumidores han solicitado documentos que se consideran vitales en el Programa del Título VI. Actualmente tenemos los documentos vitales disponibles en español y portugués. Si necesita información en otro idioma, comuníquese con MWRTA al (508) 935-2222.

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

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

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

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

Chino mandarín: 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.