



Centro de Atendimento da MetroWest

15 Blandin Ave, Framingham, MA 01702

Fone. (508) 820 4650 ▪ Fax (508) 935 2940 ▪ www.mwrta.com

Parte B:

Para ser preenchida pelo(a) médico(a) ou pelo(a) profissional de saúde licenciado(a)

Prezado(a) Profissional de Saúde Licenciado(a):

Um(a) paciente/cliente solicitou que você enviasse informações à Autoridade de Trânsito Regional da MetroWest (MWRTA, pela sigla em inglês) sobre sua deficiência e como ela interfere na capacidade de utilização dos nossos serviços de trânsito. A lei federal exige que a MWRTA forneça serviços de trânsito para pessoas com deficiência a pessoas que não podem usar o serviço de ônibus de rota fixa de maneira independente.

Por favor, entenda que a lei é bastante rígida na definição de quem é elegível a este serviço especializado. Uma pessoa deve ter uma limitação funcional física ou mental real, que impeça o uso independente do transporte público fixo acessível.

O diagnóstico de uma doença ou condição potencialmente limitante não é suficiente.

As informações descritas sobre as capacidades físicas e/ou mentais dessa pessoa nos permitirão fazer uma avaliação apropriada de acordo com os requisitos da lei e os melhores interesses dos candidatos. Por favor, **seja o mais específico possível ao descrever a deficiência, bem como as limitações apresentadas devido à deficiência.**

TODAS as informações deste formulário serão usadas apenas para avaliar a elegibilidade.

Por favor, devolva este formulário, juntamente com a candidatura, o mais rápido possível para:

The MetroWest RIDE, 15 Blandin Ave, Framingham, MA 01702, Attention: ADA Director.

O processamento da candidatura desta pessoa não poderá ser concluído até que você nos envie essas informações. Agradecemos a sua ajuda.

Favor preencher.

Nome: _____

Endereço do consultório: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone do consultório: () _____

Nome do(a) paciente/cliente (letra de forma): _____

Atendo o(a) paciente desde: _____

Data da última avaliação do(a) paciente: _____

1. Qual é a deficiência ou condição de saúde que impede o(a) candidato(a) de usar o serviço de linha fixa de ônibus? Marque todas as opções adequadas.

- ☐ Diabetes ☐ Doença renal em fase final ☐ Diálise – ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Tratamento de câncer em curso – duração esperada: _____
- ☐ Paralisia
- ☐ Artrite/osteoartrite grave
- ☐ Insuficiência cardíaca e/ou respiratória grave que afeta a força/resistência
- ☐ Condição neurológica – Tipo: _____ ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Profunda
- ☐ Doença mental - ☐ Ansiedade ☐ Bipolaridade ☐ Depressão ☐ Outra _____
- ☐ Deficiências de desenvolvimento – Tipo: _____ ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Profunda
- ☐ Alzheimer
- ☐ Demência
- ☐ Deficiente visual
- ☐ Perda auditiva acompanhada de incapacidade de compreender a fala com/sem aparelho auditivo
- **Outra :** Especifique _____

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

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

☐ Menos de 1 quarteirão ☐ 2 quarteirões (1/4 milha-400m) ☐ 6 quarteirões (3/4 milha-1200m)

☐ 1 quarteirão ☐ 4 quarteirões (1/2 milha-800m) ☐ mais de 6 quarteirões

☐ Não se desloca sozinho(a)

3. Sem a ajuda de outra pessoa, o(a) candidato(a) 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: _____

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

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: _____

4. A deficiência do(a) candidato(a) é temporária?

☐ Sim data aproximada do fim: _____

☐ Não ☐ Não tenho certeza

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

5. O(A) candidato(a) precisa de um acompanhante ou assistente no transporte? Ou seja, um assistente de cuidados pessoais (PCA, pela sigla em inglês) (os passageiros devem providenciar seu próprio PCA)

O Sim O Não O Às vezes

6. O(A) candidato(a) usa um dispositivo de mobilidade?

O Sim O Não

Em caso afirmativo, especificar o tipo: _____

7. Se o(a) candidato(a) tem deficiência visual, preencha o seguinte:

Acuidade visual com melhor correção:

Olho direito _____ Olho esquerdo _____ Ambos os olhos _____

Campo visual:

Olho direito _____ Olho esquerdo _____ Ambos os olhos _____

Esta pessoa consegue ler placas informativas? O Sim O Não

Essa pessoa pode se deslocar de forma independente, apesar de sua deficiência visual? O Sim
O Não

Em caso negativo, favor explicar:

8. Por favor, descreva claramente qualquer outra limitação funcional que afete a mobilidade do(a) candidato(a) que não esteja descrita acima.

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

Assinatura _____ **Data** _____

Licença de MA nº _____

Fim da parte B

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

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

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.

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