

APLICACIÓN PARA ACCESS

Por favor devolver a:
Trinity Metro ACCESS - 801 Grove Street, Fort Worth, Texas 76102
Teléfono: (817) 215-8600 | Fax: (817) 215-8934

For Office Use Only

Date Received _____

I.D.# _____

Status Code _____

PCA _____

Mapsco Grid _____

SECCIÓN 1

Para ser completado por el aplicante. Por favor escriba o imprima.

¿Alguna vez se ha certificado para usar ACCESS? Sí NO Fecha de Nacimiento _____
Si no, ¿Alguna vez ha aplicado para ACCESS? Sí ¿Cuándo? _____

1. Nombre: Sr. Sra. _____

2. Teléfono de Casa:(_____) Teléfono Móvil:(_____)

3. Dirección: Col. de la Cua

Calle o número de caja de apartado por correos Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Apartamentos y Número de Apartamento _____

Dirección de correo: _____
(Si es diferente) Calle o número de caja de apartado por correos Ciudad Estado Código Postal

5. Contacto de Emergencia: _____

Dirección: _____

6. ¿Usa un dispositivo de ayuda? Marque todas las opciones que aplican:

Silla de Ruedas Manual Silla de Ruedas Eléctrica Scooter Eléctrico Oxígeno Portátil
Bastón Muletas Andadera Prótesis Movilidad-Bastón Blanco

Animal de Servicio ¿Qué servicio provee el animal? _____

Si utiliza una silla de ruedas o scooter, ¿tiene su lugar de residencia

7. Si utiliza una silla de ruedas o scooter, ¿tiene su lugar de residencia una rampa para silla de ruedas? Sí No

(El conductor no subirá o bajará una silla de ruedas por más de un escalón de una altura mayor a 6")

8. Si es necesario, ¿puede usted transportarse desde su silla de ruedas a un vehículo? Sí No

9. ¿Alguna vez ha usado el servicio de autobús en la ciudad? Sí No

¿Alguna vez ha recibido entrenamiento para usar el servicio de autobuses en la ciudad? Sí No

Lugares de destino más frecuentes - haga una lista de todas las direcciones:

Firma del aplicante

Fecha



(NOTA: Una vez que hemos recibido una aplicación completada con toda la información requerida, puede tomar 21 días para ser procesada.)

Nombre del aplicante: _____
(Para transmisiones por fax)

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
(Requerido) Mes Día Año

For Office Use Only

NBR

SECCIÓN 2

Debe ser completado por Agencia o Médico. Por favor escriba o imprima.

Por favor recuerde que el programa de paratránsito es un servicio subsidiado compartido que provee transporte a personas que tienen una discapacidad que les previene usar el servicio existente de transporte público. También tenga en mente que tenemos un volumen alto de individuos que están interesados en el servicio, pero el propósito de este servicio es para aquellas personas que califican y cuya única opción de transporte es el servicio de paratránsito. Si tiene preguntas de elegibilidad, por favor llame a la oficina de ACCESS al 817-215-8600.

Todas las decisiones finales sobre elegibilidad son hechas por el equipo administrativo de ACCESS.

10. ¿Cuál es el diagnóstico médico que causa la discapacidad?

(Por ejemplo, si es una discapacidad intelectual, indique I.Q., consultaciones. indique tipo, frecuencia/número por mes.)

_____ Fecha del diagnóstico: _____

11. ¿Cómo previene esta discapacidad al aplicante de usar el servicio de autobús regular de la ciudad?

¿Cuáles son sus limitaciones físicas?

Indique todos los medicamentos que pueden impedir o asistir con movilidad _____

¿Hay algún tipo de terapia pendiente? Sí No Resultados esperados: _____

Si la persona tiene una discapacidad que afecta la movilidad, esta persona: (indique todas las opciones que apliquen)

¿Es capaz de caminar o empujarse sin asistencia? Sí No
>1 Cuadra 1 Cuadra 3 Cuadras 6 Cuadras 9 Cuadras

(3 Cuadras = 1/4 milla)

Comentarios _____

Usando un pasamanos, ¿Es capaz el aplicante de subir escalones de 12 pulgadas sin asistencia? Sí No

Comentarios _____

¿Es capaz de esperar afuera bajo todas las condiciones del tiempo sin apoyo por lo menos por 20 minutos? Sí No

Comentarios _____

Si tiene impedimentos de la visión, ¿Cuál es la mejor agudeza visual corregida (Snellen)?

Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Restricción de campo: Derecho _____ Izquierdo _____

12. ¿Usa esta persona algún dispositivo de asistencia? Si es así, ¿cuál? _____

¿Alguna vez esta persona ha recibido entrenamiento para usar el servicio de autobús de la ciudad? Sí No Do Not se

¿Pudiera esta persona utilizar el servicio de autobús regular? Nunca A veces Siempre Si es accesible _____

¿Pudiera esta persona beneficiarse de entrenamiento en rutas de autobuses? Sí No

13. Esta discapacidad es: Permanente Temporal Si es temporal, ¿por cuánto tiempo necesitará servicio el aplicante? _____

14. Todos los aplicantes certificados tienen permitido traer un acompañante. ¿Está requerido el aplicante a tener un asistente de ciudad personal con el/ella? Sí No

Si es necesario, el aplicante debe proveer su propio asistente.

Doctor o agencia verificante

()

Teléfono

/ Fax

Address

Ciudad

Estado

Código postal

15. YO (ESCRIBA SU NOMBRE)

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PREVIA ES VERDADERA Y CORRECTA.

FIRMA

FECHA