



Regional Metropolitan Transit Authority of Omaha

2222 Cuming Street
Omaha, NE 68102

402.341.0800
TDD: 402.341.0807
Fax: 402.342.0949

ometro.com

Estimado cliente:

Gracias por preguntar sobre la elegibilidad para nuestro servicio "ADA Paratransit". Adjunto encontrará una copia del Formulario de Solicitud de ADA Paratransit. Por favor, lea esto y el material adjunto cuidadosamente antes de completar la solicitud.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades: de 1990 (ADA) requiere que Metro proporcione transporte público equivalente a personas con discapacidades que no pueden abordar, viajar o llegar a un autobús de ruta fija accesible debido a su discapacidad. Este servicio debe ser comparable al servicio que se proporciona a personas sin discapacidades. La ley es muy específica en cuanto a quién y bajo qué circunstancias, se puede otorgar elegibilidad para usar el transporte Paratransit. La elegibilidad para Paratransit no se asume automáticamente debido a una discapacidad.

Usted o su designado deben responder completamente todas las preguntas. Se requiere una explicación detallada de cómo su discapacidad hace que sea funcionalmente imposible para usted usar un autobús accesible y debe certificar que la información es completa y correcta firmando y fechando. También encontrará un formulario de verificación médica/profesional para ser completado por su médico o agencia médica. **Por favor, complete su solicitud lo más completamente posible.** Las preguntas nos ayudarán a determinar las limitaciones específicas que tiene en el uso de nuestro servicio.

Será necesario que un profesional médico autorizado (no un pariente o amigo) que lo vea en una base profesional para completar la porción de verificación médica de su solicitud. Esta persona puede ser una enfermera registrada, trabajadora social, médico, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, quiropráctico, patólogo del habla, asistente del médico, enfermera practicante o consejero de salud mental empleado por una institución médica. Comuníquese con nuestra oficina si necesita ayuda para completar su solicitud.

EL FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DEL CLIENTE Y DEL PROFESIONAL MÉDICO DEBE SER COMPLETADO Y ENVIADO JUNTOS. SI ALGUNA SECCIÓN SE DEJA EN BLANCO, LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA A USTED COMO INCOMPLETA Y RETRASARÁ EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN.

La información que proporcione en esta solicitud es confidencial

Todos los solicitantes, ya sean nuevos o personas que soliciten re-certificación, deben completar una nueva solicitud. El proceso de certificación ADA puede involucrar una entrevista en persona y/o una evaluación funcional para determinar sus habilidades para usar el servicio de ruta fija de Metro.



Si se determina que es elegible para el SERVICIO MOBY, su elegibilidad será para uno de los siguientes tipos o condiciones:

1. ELEGIBILIDAD CONDICIONAL: Puede usar los autobuses de ruta fija para **ALGUNOS** de sus viajes y califica para el Servicio ADA Paratransit para otros viajes.

2 ELEGIBILIDAD INCONDICIONAL: Su discapacidad o condición de salud siempre le impide usar los autobuses de ruta fija y califica para ADA Paratransit para **TODOS** sus viajes.

3. ELEGIBILIDAD TEMPORAL: Tiene una condición de salud o discapacidad que **TEMPORALMENTE** le impide usar los autobuses de ruta fija.

Se toma una determinación basada en la capacidad del individuo para abordar, viajar y desembarcar independientemente desde un vehículo de ruta fija completamente accesible. También se consideran el terreno y la estructura arquitectónica. Es importante que todos los solicitantes se den cuenta de que esta es una decisión de transporte, no una autorización médica.

La falta de servicio de ruta Metro en un área o en horarios específicos no califica para la elegibilidad MOBY. MOBY proporciona servicio dentro de tres cuartos de milla fuera de una línea de autobús Metro donde las mismas rutas y horarios del servicio de autobús de ruta fija están disponibles.

Se tomará una determinación sobre su elegibilidad por parte del MOBY dentro de los 21 días posteriores a la recepción de la solicitud completa. MOBY le notificará por escrito la decisión sobre su elegibilidad para el servicio paratransit ADA. Si se determina que puede usar el sistema de ruta fija y no es elegible para el servicio paratransit, MOBY explicará la razón de esta determinación.



Regional Metropolitan Transit Authority of Omaha

2222 Cuming Street
Omaha, NE 68102

402.341.0800
TDD: 402.341.0807
Fax: 402.342.0949

ometro.com

Si se determina que no es elegible para el servicio MOBY, o no está satisfecho con su tipo de elegibilidad, puede apelar la decisión. Una solicitud por escrito a la junta de T.A.C. debe recibirse dentro de los 60 días posteriores a la carta de negación. Simplemente envíe una carta indicando que desea apelar la decisión tomada y por qué cree que debería ser elegible para el servicio MOBY. Adjunte copias de cualquier otra información pertinente. La recomendación de apelaciones es la determinación final. Solo puede volver a enviar una solicitud si su condición empeora. El servicio (MOBY) no se proporcionará durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no pueda concluirse dentro de los 30 días.

El Subcomité de Apelaciones del COMITÉ ASESOR DE TRÁNSITO (TAC) está compuesto por diez (10) personas que son clientes locales de paratransit, clientes de autobuses de tránsito y otras personas que conocen la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990. El Comité Asesor de Tránsito se reúne mensualmente y ha existido desde el verano de 1972.

Las Apelaciones deben de ser enviadas por escritas a:

Metro

Attn: Transit Advisory Committee (TAC)

2222 Cuming St.

Omaha, Nebraska 68102-4392



ACUERDO DE PARTICIPACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DE MOBY

Nombre del solicitante: _____

1. Declaro que el solicitante es capaz de viajar en MOBY sin ser un peligro para sí mismo/a, otros pasajeros o debido a su juventud.
2. Estoy de acuerdo en que es necesario que un asistente de cuidado personal acompañe al solicitante si el cliente no está lo suficientemente alerta para estar consciente de su entorno debido a una discapacidad física y/o mental.
3. Si el solicitante requiere un asistente de cuidado personal, el proveedor de cuidados/tutor legal debe proporcionar un adulto responsable para acompañar al solicitante hacia y desde el destino. El asistente no será cobrado por el viaje.
4. Estoy de acuerdo en informar a MOBY sobre cualquier cambio en el equipo antes de programar los viajes. Si el solicitante cambia a un equipo que proporciona menos asistencia (por ejemplo: de silla de ruedas a andador) se debe entregar a MOBY un certificado médico que incluya la idoneidad o razón por la cual se debe usar el nuevo equipo.
5. Estoy de acuerdo en informar a MOBY sobre cualquier cambio que haga al solicitante inelegible para los servicios MOBY.
6. Exención de responsabilidad: Se entiende por el solicitante/solicitante representante firmante que MOBY, sus funcionarios, empleados y sus sucesores, aseguradores y cesionarios son liberados de responsabilidades y no serán responsables por ningún tipo de demandas, reclamos, pérdidas, responsabilidades o daños debido a lesiones personales o daños a la propiedad del cliente causados por su discapacidad mental o física, desde su puerta hasta el vehículo y desde su destino.
7. El firmante acepta y seguirá todas las condiciones de este acuerdo.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Solicitante: _____

Firma del Padre/Madre o Guardian o tutor Legal _____

Nombre del Padre/Madre o Guardian o tutor Legal _____

Relación con el aplicante _____ teléfono: _____



APLICACION PARA LOS SERVICIOS MOBY

Es importante completar toda la información de la aplicación. Las aplicaciones que no estén completas o claramente escritas serán regresadas, lo cual demorara el proceso de elegibilidad. Use letra legible.

Nombre: _____
Primer Segundo Apellido (s)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de día: _____ TDD/TTY: _____

Teléfono de tarde: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes Dia Año Mujer ____ Hombre ____

Lenguaje materno: _____ Otro (especifique) _____

Si esta aplicación ha sido completada por alguien más que el aplicante que solicita la certificación, esta persona debe de completar lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Relación con el aplicante: _____ teléfono: (____) _____

Por favor de indicar si la persona debe de ser contactada directamente si información adicional es requerida. Si ____ No ____

Contacto(s) de Emergencia:

Primer Contacto: Nombre: _____ teléfono de día (____) _____

Relación con el aplicante: _____ teléfono de tarde (____) _____

Segundo Contacto: Nombre: _____ teléfono de día (____) _____

Relación con el aplicante: _____ teléfono de tarde (____) _____



INFORMACION DE TU DISCAPACIDAD

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades le impiden utilizar el servicio de autobús estándar? (marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| ☐ discapacidad física | ☐ discapacidad visual / ceguera |
| ☐ discapacidad del Desarrollo | ☐ enfermedad mental |
| ☐ otro | ☐ ninguno |

2. ¿Las condiciones que describió son? ☐ Permanente ☐ Temporal

Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera tener esta discapacidad? ____/____/____ (Fecha)

3. ¿Cuál de los siguientes dispositivos de movilidad, si alguno, usa para ayudarlo a llegar a donde necesita ir?

(Por favor marque todas las que correspondan.)

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ bastón | ☐ silla de ruedas extra grande | ☐ prótesis |
| ☐ bastón blanco largo | ☐ silla de ruedas eléctrica | ☐ tablero de comunicación |
| ☐ oxígeno portátil | ☐ silla de ruedas manual | ☐ otro _____ |
| ☐ andador | ☐ scooter / carrito eléctrico | ☐ ninguno |
| ☐ muletas | ☐ animal de servicio | |

4. ¿Usa una silla de ruedas manual o eléctrica o un scooter? ☐ Sí ☐ No

¿Cuánto mide de ancho? ____ pulgadas ¿Cuánto mide de largo? ____ pulgadas

¿Cuánto pesa su silla de ruedas o scooter cuando está en uso? ____ libras.

5. ¿Puede esperar 15 minutos en una parada pública con su dispositivo de movilidad?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

6. ¿Puede transferirse de su silla de ruedas a un asiento en un vehículo? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Eres sensible al calor? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique:



8. ¿Eres sensible al frío? ☐ Sí ☐ No

Si es así, por favor explique:

9. ¿Otras condiciones climáticas / iluminación (viento, anochecer / oscuro y / o deslumbramiento) afectan su discapacidad? Si es así, por favor explique:

10. ¿Su respiración se ve afectada por el clima o las condiciones ambientales?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

11. ¿Su discapacidad cambia después del tratamiento médico / medicamentos?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

12. ¿Hay algún otro comentario o información adicional relacionada con su discapacidad que le gustaría explicar o que debemos tener en cuenta?



VIAJANDO HACIA Y DESDE LAS PARADAS DE AUTOBÚS

1. ¿Puede entender la información impresa? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

2. ¿Puede cruzar calles por si mismo? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

3. ¿Puede viajar o trasladarte solo en la noche? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

4. ¿Puede viajar solo por aceras y otros caminos peatonales? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

5. ¿Es usted capaz y se siente cómodo moviéndose en una tienda o centro comercial solo? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

6. En las mejores condiciones, ¿cuál es la distancia más lejana que puede caminar (o moverte usando su ayuda de movilidad) sin la ayuda de otra persona?

- | | |
|--|---|
| ☐ Menos de 1 cuadra | ☐ 6 cuerdas |
| ☐ 1 cuadra | ☐ Más de 6 cuerdas |
| ☐ 2 cuerdas (1/4 milla) | ☐ No salir solo |
| ☐ 4 cuerdas (1/2 milla) | |

7. ¿Puede detectar bordes y otros desniveles? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

8. ¿Puede llegar y regresar de la parada de autobús del vecindario de forma independiente? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:



9. ¿Puede esperar afuera sin ayuda o apoyo durante quince 15 minutos? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

10. ¿Hay barreras que le impidan llegar y regresar de la parada de autobús? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

11. ¿Puede salir y regresar a sus destinos regulares (paradas de autobús locales) de forma independiente? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

12. ¿Puede viajar en superficies planas con buen tiempo? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

13. ¿Puede viajar en pendientes suaves con buen tiempo? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

14. ¿Podría esperar si hubiera un asiento o caseta de autobús? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

15. ¿Podrías esperar si no hubiera un asiento o caseta de autobús? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

16. ¿Podría pagar la tarifa poniendo monedas o boletos en la caja de tarifas, o mostrando un pase al conductor del autobús? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:



17. ¿Es usted capaz de llamar y hacer o cancelar reservas de viaje de forma independiente?

[] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

18. ¿Puede esperar solo en su residencia y lugares a los que viaja? [] Sí [] No [] A veces. Si

seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

19. ¿Podría viajar independientemente en un taxi si se proporcionara uno? [] Sí [] No [] A veces.

Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

20. ¿Cuánto tiempo puede esperar a que llegue un autobús? _____ minutos.

21. ¿Es usted capaz de dar direcciones y números de teléfono cuando se le soliciten? [] Sí [] No

[] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

22. ¿Es usted capaz de pedir, entender y seguir instrucciones? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

23. ¿Es usted capaz de lidiar con situaciones inesperadas o cambios en la rutina? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

24. ¿Necesita los servicios de un Asistente de Cuidado Personal (PCA) cuando viaja? (Esta persona no es un compañero o escolta, sino alguien que le ayudará con asistencia de movilidad, cuidado personal, comunicación, transporte, interpretación de lenguaje de señas, proporcionando servicios como lector, etc., mientras realiza su viaje). Sí ____ No ____.

Por favor, proporcione:

Nombre del Asistente de Cuidado Personal. _____

Nombre del Asistente de Cuidado Personal. _____



Abordaje y salida del autobús

1. ¿Usa usted actualmente el servicio de ruta regular? [] Sí [] No [] A veces Por favor explique:

2. ¿Puedes reconocer cambios en su estado mental y/o emocional que le impidan usar el servicio de ruta regular? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

3. ¿Tiene que subir y/o bajar escaleras en su hogar o residencia? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

4. ¿Puede caminar de manera segura e independiente tres (3) escalones de 12 pulgadas? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

5. ¿Puede abordar, viajar o salir de un autobús accesible para sillas de ruedas sin ayuda? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

6. ¿Puede agarrar manijas o barandillas mientras aborda o sale de un autobús? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

7. ¿Puede abordar o salir de un vehículo si tiene un elevador en el autobús? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:

8. ¿Puede subir y bajar de un autobús sin ayuda? [] Sí [] No [] A veces. Si seleccionó "No" o "A veces", por favor explique:



9. ¿Alguna vez ha tenido algún entrenamiento para aprender a viajar por la comunidad o cómo usar los autobuses de ruta fija? [☐] Sí [☐] No
10. ¿Hay algo que pueda ayudarle a viajar en el autobús (Por favor marque todas las que correspondan):
- Sí, si alguien me enseñara a entender la información de ruta, horario y tarifa [☐]
 - Sí, si alguien me mostrara cómo viajar en el autobús [☐]
 - Sí, aprendo cómo subir al autobús usando el elevador [☐]
 - Sí, si el autobús llegara más cerca de donde vivo y a donde necesito ir [☐]
 - No, ninguna de estas ayudaría [☐]



Autorización para divulgar información

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para usar el servicio paratransit Metro (MOBY). Por la presente autorizo a mi profesional de atención médica a divulgar información sobre mi discapacidad y su efecto en mi capacidad para viajar, que pueda ser necesaria en relación con mi solicitud de certificación de elegibilidad paratransit ADA.

Me comprometo a notificar al servicio paratransit Metro (MOBY) cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecte mi elegibilidad para usar el servicio paratransit. Por la presente certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la negación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y solo se divulgará la información requerida para proporcionar el servicio que solicito.

Por la presente certifico que soy el individuo solicitando certificación para el servicio paratransit ADA y que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y precisa:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del solicitante: _____

Si el solicitante es menor de edad o tiene un tutor legal, el padre o tutor debe firmar esta solicitud y atestiguar la precisión de la información contenida en ella.

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el solicitante: _____ Teléfono: _____

La siguiente parte de la solicitud debe ser completada por un profesional de atención médica o servicios humanos familiarizado con la condición incapacitante del solicitante y / o limitación funcional.

En el espacio proporcionado a continuación, ESCRIBA CLARAMENTE el nombre del profesional que verificará su solicitud y especifique su posición.

Nombre del profesional: _____

- ☐ [] médico autorizado
- ☐ [] terapeuta ocupacional autorizado
- ☐ [] enfermera (LPN o RN)
- ☐ [] rehabilitación certificada
- ☐ [] especialista en visión
- ☐ [] Psiquiatra, psicólogo o consejero de salud mental

- ☐ [] fisioterapeuta autorizado
- ☐ [] trabajador social autorizado
- ☐ [] psicólogo certificado
- ☐ [] patólogo del habla
- ☐ [] especialista en orientación / movilidad
- ☐ [] audiólogo / especialista en audición
- ☐ [] oftalmólogo

This page blank

Physician's Verification of Disability

THIS PORTION OF THE FORM MUST BE COMPLETED AND SIGNED BY AN APPROPRIATE MEDICAL, CERTIFIED OR LICENSED PROFESSIONAL WHO IS TREATING THE APPLICANT

Dear Health Care Professional:

The Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA) requires public transit agencies to provide paratransit service to people whose disabilities prevent them from using a bus some or all of the time. Disability alone and distance to and from a bus stop **DO NOT**, by themselves, qualify a person for MOBY. Inconvenience and/or decreased comfort **ARE NOT** a basis for qualification. The client's condition must **PREVENT** travel by bus. The information you provide will enable us to make an appropriate determination for this applicant. All information will be kept confidential. *Thank you for your assistance.*

Client Name _____

Please do not list "diagnosis" as the reason the applicant needs paratransit curb to curb service. We need detailed information about how the condition or disability makes it functionally impossible for the applicant to utilize our city buses. Our evaluation is a transportation decision, not a medical authorization.

The law is very specific as to whom and under what circumstances eligibility may be granted to use MOBY paratransit transportation:

As of January 2001 all Metro city buses have ACCESSIBLE features:

- All are equipped with wheelchair lifts or ramps, along with securement devices.
- Most buses have a kneeling capability. (Can be lowered to provide easier boarding)
- Approximately 30% of the buses have only one step up from the curb.
- Bus operators announce transfer points and all requested stops.
- Customer Service phone line(s) are available to provide bus schedule information and assist customers with their trip routing, including transfers between bus routes.

MOBY
402-346-8779
FAX 402-342-3395
2222 CUMING STREET
OMAHA, NEBRASKA 68102-4392

Medical /Professional Verification

(not a request for copies of medical records)

Applicant's Name: _____

1. Please indicate date of your most recent examination of this applicant: ____/____/____

2. Based on your knowledge of the patient's condition, is the information provided on the previous pages a reasonable representation of his/her condition? ☐ Yes ☐ No

If "no", please explain:

3. Does the applicant have the Mental Capacity to?

Give addresses and phone numbers?	☐ Yes	☐ No
Recognize a destination or landmark?	☐ Yes	☐ No
Deal with unexpected change(s) in routine?	☐ Yes	☐ No
Ask for, understand and follow directions?	☐ Yes	☐ No
Travel safely/effectively through crowded or complex facilities?	☐ Yes	☐ No

4. Specify which functional limitations are associated with this applicant's condition:

☐ mobility impairment	☐ ***cognitive impairment
☐ compromised endurance	☐ muscular ☐ respiratory ☐ other _____
☐ visual impairment	☐ total ☐ partial
☐ hearing impairment	☐ total ☐ partial

***If this individual has functional limitations due to cognitive impairment, please indicate any of the following issues that are pertinent to this individual:

☐ Cannot be left alone to wait for transportation
☐ Displays behavior that is unsafe for self or others using public transportation
☐ Cannot recognize vehicles that she/he should board

5. What is the severity of this individual's condition?

☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe ☐ Profound ☐ Chronic

6. What is the expected duration of this individual's condition?

☐ Temporary:	Approximate expected duration until ____/____/____
☐ Long Term:	Potential for functional improvement or periods of remission
☐ Permanent:	No expectation of functional improvement

7. Does the applicant have any other medical condition of which MOBY should be aware?
If yes, describe:

8. Please describe the impact this disability/condition has on the applicant's ability to use the city buses:

9. How far can the applicant walk without assistance? Please check.

- ☐ The length of one football field? (300 feet)
- ☐ Less than one city block? (500 feet)
- ☐ One length of a football field and back? (600 feet)
- ☐ One lap around a track? (1,320 feet)

10. Does the applicant use a mobility device? Please check all that apply.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ cane | ☐ extra-large wheelchair | ☐ prosthesis |
| ☐ long white cane | ☐ power wheelchair | ☐ communication board |
| ☐ portable oxygen | ☐ manual wheelchair | ☐ none |
| ☐ walker | ☐ power scooter/cart | ☐ other _____ |
| ☐ crutches | ☐ service animal | |

11. How far can the applicant travel using a mobility device? Please check

- ☐ The length of one football field? (300 feet)
- ☐ Less than one city block? (500 feet)
- ☐ One length of a football field and back? (600 feet)
- ☐ One lap around a track? (1,320 feet)

12. Does the disability/condition prevent the applicant from getting to or from a bus stop?

☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes. If “yes” or “sometimes”, please explain:

13. Does the disability/condition prevent the application from waiting at a bus stop?

☐ Yes ☐ No

How long could the applicant wait, if sitting? _____ minutes.

How long could the applicant wait, if standing? _____ minutes.

How long could the applicant wait, using a mobility device? _____ minutes.

14. Does the disability/condition prevent the applicant from riding a wheelchair accessible bus? ☐ Yes ☐ No ☐ Sometimes. **If “Yes” or “Sometimes”, please explain:**

15. Does weather affect the applicant’s ability to travel?

_____ Yes _____ No _____ Sometimes. **If “Yes” or “Sometimes”, please explain:**

16. Does the applicant have medically defined cold sensitivity? ☐ Yes ☐ No

Above or below what temperatures? _____. **If “Yes” please explain:**

17. Does the applicant have medically defined heat sensitivity? ☐ Yes ☐ No

Above or below what temperatures? _____. **If “Yes” please explain:**

Does The Applicant Require A Personal Care Attendant/Assistant When Traveling? [☐] Yes [☐] No

A Personal Care Attendant (PCA) is not a companion or escort, but someone who will be helping the client with his/her mobility assistance, personal care, communication, transportation, sign language interpretation, providing services as a reader, etc., as the client makes his/her trip.

Visual Impairment Verification (Not a request for copies of medical records)

Capacity in which you know the applicant

Date of applicant's last visit ____/____/____

Please describe the applicant's disability/condition in layman's terminology:

What is the applicant's best corrected" vision in each eye?

Right Eye: 20/____ Left Eye: 20/____

How long has the applicant had this visual impairment? _____

Is the applicant's visual impairment permanent? [☐] Yes [☐] No]

Is the applicant's visual impairment affected by various lighting conditions? [☐] Yes [☐] No

If Yes, Describe: _____

Is the visual impairment affected by weather? _____ Yes No _____

If Yes, Describe: _____

Field Restriction: [R] _____ [L] _____ Date of testing: _____

Hearing Impairment Verification (Not a request for copies of medical records)

Capacity in which you know the applicant _____

Date of applicant's last visit ____/____/____

Please describe the applicant's disability/condition in layman's terminology: _____

If hearing impaired: what is the degree of discrimination for conventional speech

Without hearing aid(s) [R] _____ [L] _____ With hearing aid? R] _____ [L] _____

Cognitively Impairment Verification (Not a request for copies of medical records)

Capacity in which you know the applicant _____

Date of applicant's last visit ____/____/____

Please describe the applicant's disability/condition in layman's terminology: _____

If cognitively impaired: what are the most recently recorded IQ or Performance Test Scores and date of testing?

What was the onset date of these conditions? (Month/year) _____

If temporary, what is a reasonably anticipated recovery date for independent travel? ____/____/____

CERTIFICATION:

I certify that the information I have provided herein is a fair representation of this applicant's medical impairment or condition and is accurate to the best of my knowledge. I understand that the information provided hereto will be used for the sole purpose of determining the applicant's eligibility for paratransit services. I also agree that Metro may contact me for clarification of any information I have provided and I will reply in good faith. I certify that the information contained herein is true and correct to the best of my knowledge and ability.

Health Care Professional Completing Form: _____

(NAME)

Medical License Number _____ Telephone# _____ Fax# _____

Institution/Facility/Agency Name _____

Street _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Signature of Health Care Professional _____ Date _____

Metro Area Transit Office Use Only

Date Certification Received ____/____/____

Certification Date: ____/____/____

Type

Conditional Eligibility ____

Unconditional Eligibility ____

Temporary Eligibility ____

Date Certification Denied ____/____/____

Denied Reason:

Appeal Received Date: ____/____/____
____/____/____

T.A.C. Board Received Date:

T.A.C. Board Decision: _____ Date: ____/____/____