



Dial-A-Ride

Solicitud de Elegibilidad y lista de verificación

Gracias por su interés en el servicio de paratransito Dial-A-Ride de Ben Franklin Transit. Si desea ser eligible para el servicio, debe completar todo el proceso de solicitud. Además, es posible que se requiera una evaluación funcional en persona. Asegúrese de imprimir este formulario a doble cara. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar esta solicitud, llámenos al 509.735.0160.

LISTA DE VERIFICACIÓN E INSTRUCCIONES

Las 9 páginas de esta solicitud deben completarse y devolverse al mismo tiempo. Antes de enviar este formulario de solicitud, por favor:

- Complete las páginas 1-9 de esta solicitud en su totalidad con la excepción de preguntas identificadas como opcionales.
- Asegúrese de que el formulario de solicitud esté firmado en la página 6. Por favor, escriba en letra de molde claramente. Si es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal debe firmar la solicitud. Si tiene un apoderado legal, éste también debe firmar esta solicitud.
- Asegúrese de que el proveedor de atención médica autorizado o que el formulario de verificación del médico (página 9) haya sido completado por un proveedor médico y esté incluido en esta solicitud. Este formulario debe ser completado por uno de los siguientes:

Médico (MD o DO) | Profesional de la salud mental autorizado - Optometrista u Oftalmólogo, Terapeuta físico u ocupacional | Psicólogo (Ph.D.), Enfermera general (MDS) (SOLO centros de enfermería especializada), Asistente médico o un enfermero practicante registrado (ARNP)
Una vez completada, envíe todas las páginas de esta solicitud a:

Por correo a: **BEN FRANKLIN TRANSIT**
ATTN: Dial-A-Ride
7109 W. OKANOGAN PLACE
KENNEWICK, WA 99336

O por fax al: **509.734.5195**



Solicitud de Servicio Dial-A-Ride

INSTRUCCIONES

En las páginas 1 a 5 de esta solicitud, Dial-A-Ride solicita información sobre usted, su movilidad y su capacidad para utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Ben Franklin Transit. Por favor, responda a TODAS las preguntas de forma cuidadosa y completa. No podemos determinar su elegibilidad para el servicio Dial-A-Ride sin esta información.

Un amigo, tutor, representante de servicios de una agencia o familiar puede ayudarlo a completar las páginas 1 a 6. Se requiere información precisa sobre usted, su impedimento médico y su capacidad funcional. Las páginas 7 a 9 deben ser completadas por un médico certificado/profesional de la salud certificado que esté familiarizado con su impedimento o condición.

Si tiene alguna pregunta, llame al servicio de atención al cliente de Dial-A-Ride al 509.735.0160.

¿Ha solicitado alguna vez el servicio Dial-A-Ride ?

No

Si

PARA SER COMPLETADO POR LA SOLICITANTE

| | | | | | | | |
|--|--|--|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|---|
| Name of Applicant Nombre de Solicitante | | Last/Appellido | First/Nombre | Middle/Inicial | Male Masculino Optional / Opcional <input type="checkbox"/> | Female Feminino Optional / Opcional <input type="checkbox"/> | Prefer not to answer Prefiero no responder <input type="checkbox"/> |
| Address/Street Dirección/Calle | | | Apartment Numero de Apartamento | City/Cuidad | | Zip Code/Codigo Postal | |
| Date of Birth - Optional Fecha de Nacimiento - Opcional | | Home Phone Number/En Casa Número de Teléfono | | Other Phone/Otro Teléfono | | | |
| Apartment Complex Name/Nombre de Apartamentos | | | | | | Gate Code/Codiga de Porton | |
| Mailing Address/Dirección de Envío If different than home address/Si diferente de domicilio de casa | | | City/Cuidad | | Zip Code/Codigo Postal | | |
| Applicant Signature/Firma de solicitante | | | | Date/Fecha | | | |
| Name of Emergency Contact/Nombre de Contacto de Emergencia | | Relationship/Relación | | Emergency Phone/Numero de Emergencia | | | |



Lista de verificación de padecimientos/ayudas a la movilidad para la solicitud de servicio Dial-A-Ride

Por favor, marque todas los padecimientos que se aplican a usted:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Frágil |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> No verbal |
| <input type="checkbox"/> Ciego o con poca visión | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Padecimiento respiratorio | <input type="checkbox"/> Pánico |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Psicosis |
| <input type="checkbox"/> Sordo o con problemas de audición | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Se requiere diálisis | <input type="checkbox"/> Limitación significativa de actividad |

Cuando viaja fuera de su casa, ¿qué ayudas para la movilidad utiliza?
Marque todas las que correspondan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Bastón de soporte de cuatro patas | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidados personales (PCA) |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Otros (especifique a continuación) |



Solicitud de información individual y de movilidad para el servicio Dial-A-Ride

1. Indique su(s) discapacidad(es): _____

2. ¿Cuál es la intersección de calles más cercana a su casa? (Ejemplo E 27th y S Oak)

3. ¿Puede caminar o utilizar su silla de ruedas o dispositivo(s) de asistencia para ir desde su casa hasta esa intersección sin ayuda? Si No

Si no, por favor explique: _____

4. ¿Puede encontrar el camino a una parada de autobús sin perderse?

Si No Si no, por favor explique: _____

5. ¿Cuánto tiempo puede estar de pie esperando un autobús?

15 minutos 10 minutos 5 minutos Menos de 5 minutos

6. Todos los autobuses tienen un "letrero de destino" al frente que muestra el nombre de la ruta y el número.

¿Puede leer el letrero de destino de un autobús? Si No

¿Puede preguntarle al conductor a dónde va el autobús? Si No

¿Puede dar o escribir una nota al conductor? Si No

¿Puede entender la respuesta del conductor? Si No

Si respondió no a alguna pregunta, explique: _____

7. En su opinión, ¿siente que su discapacidad es condicional o circunstancial?

Si No En caso afirmativo, explique: _____

8. Si estuviera en un autobús, ¿podría pagar el pasaje poniendo dinero en la caja de pasajes? Si No Si no, por favor explique: _____

9. Si estuviera en el autobús, ¿podría reconocer dónde tiene que bajarse del autobús?

Si No

Si no, por favor explique: _____

10. Por favor, díganos en qué momento puede utilizar el servicio de autobús local de BFT. (Ejemplo: Si la distancia a la parada de autobús es corta; con un acompañante; necesita llegar a algún sitio el mismo día, etc.) _____

11. ¿Ha recibido alguna vez formación en materia de orientación y movilidad (Travel Training)? Si No

En caso afirmativo, indique qué rutas BFT aprendió a recorrer: _____

12. Por favor, díganos por qué cree que no puede utilizar el servicio de autobús local de BFT para algunos o todos los viajes. Ejemplo: Cirugía, lesión, clima, fatiga (condicional) _____

12a. Si se enfrenta a dificultades que le impiden utilizar rutas fijas, díganos de qué tipo (Ejemplo: No hay aceras en la zona; no hay paradas de autobús accesibles). _____

13. Cómo viaja actualmente (Ejemplo: Yo mismo, familia, amigos, autobús, Dial-A-Ride, etc.)? _____

14. ¿Necesita que alguien viaje con usted? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

15. ¿Puede esperar solo o de forma independiente en su residencia y en los lugares a los que usted viaja? Si No

Si no, por favor explique: _____



NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

¿Hay algo sobre su discapacidad/padecimiento limitante que pueda ayudarnos a entender mejor sus capacidades y limitaciones para viajar? _____

¿SABÍA QUE?

¡Ben Franklin Transit (BFT) ofrece entrenamiento gratuito para aprender a viajar en el autobús local! La participación en el entrenamiento de viajes no afectará su elegibilidad para Dial-A-Ride. ¿Está usted interesado?

- Sí** *(Un instructor de viajes de BFT se pondrá en contact con usted en breve).*
- No** *(Por favor, explique a continuación.)*



ACUERDO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar esta solicitud, usted autoriza la divulgación de información a Ben Franklin Transit o sus representantes para evaluar su elegibilidad para el servicio Dial-A-Ride. Por favor, tenga en cuenta que usaremos sus declaraciones para determinar su elegibilidad para el servicio Dial-A-Ride.

Ben Franklin Transit puede compartir su determinación de elegibilidad con otros proveedores de transporte, previa solicitud, para facilitar el viaje en otros distritos de tránsito.

Este formulario debe ser firmado por el solicitante o, en su caso, por su tutor legal o apoderado. Si el solicitante es menor de 18 años, uno de sus padres o tutor legal debe firmar este formulario. Si un tutor legal o un apoderado va a firmar este formulario, es necesario adjuntar los siguientes documentos.

- Tutor legal: Copias de las Cartas de Tutela vigentes y del documento Orden de Nombramiento de Tutor del tribunal.
- Apoderado: Documentación vigente que otorgue al apoderado el derecho a firmar un formulario de autorización médica en nombre del solicitante.

POR MEDIO DE LA PRESENTE HAGO CONSTAR, bajo protesta de decir verdad, conforme a las leyes del Estado de Washington, que la información provista en este formulario es verdadera y correcta.

Firma (obligatoria): _____ Fecha: _____

Solicitante Tutor legal Apoderado

Nombre con letra de molde: _____ Teléfono: (____) _____

Si un tutor legal o un apoderado ha rellenado este formulario, por favor complete lo siguiente (en letra de molde):

Nombre con letra de molde: _____ Teléfono: (____) _____

Parentesco con el solicitante: _____

DEAR PHYSICIAN OR HEALTHCARE PROFESSIONAL:

We need your assistance in determining eligibility for Dial-A-Ride services to persons with disabilities who are unable to use local bus transportation. We are seeking information regarding limitations this applicant faces in using bus service for local transportation. BFT’s buses are equipped with ramps, lifts and kneeling features to assist with boarding, as well as automatic announcements of major stops to help riders know where they are at along the route. The American with Disabilities Act of 1990, 49 CFR 37.121, Subpart F states- “...each public entity operating a fixed-route system shall provide paratransit or other special service to individuals with disabilities that is comparable to the level of service provided to individuals without disabilities who use the fixed-route system.” “By complementary, DOT means service for individuals with disabilities who cannot use the fixed-route system.” The information you provide in the following sections will be used to help determine the applicant’s Dial-A-Ride eligibility. It is important that all questions are answered completely and accurately to the best of your knowledge and in accordance with your records. If the information is incomplete or unclear, we may contact you for clarification. Thank you for your cooperation.

APPLICANT NAME: _____

A licensed Medical or Mental Health Provider who is familiar with the applicant listed above must complete this form.

1. Have you previously seen this patient? Yes No

2. Please rate the applicant in terms of:

| | Excellent | Good | Fair | Poor | None | Don't Know |
|--|-----------|------|------|------|------|------------|
| A. Upper Body Strength | | | | | | |
| B. Lower Body Strength | | | | | | |
| C. Coordination | | | | | | |
| D. Balance | | | | | | |
| E. Self-Awareness | | | | | | |
| F. Independent Judgment | | | | | | |
| G. Sense of Direction | | | | | | |
| H. Ability to Understand and Follow Instructions | | | | | | |
| I. Verbal Communication | | | | | | |
| J. Written Communication | | | | | | |
| K. Stamina and Endurance | | | | | | |

Ben Franklin Transit (BFT) will use the information you provide to help determine the applicant's Dial-A-Ride (paratransit) eligibility in accordance with the Americans with Disabilities Act. Age, convenience of service, fear of falling, inability to drive and inability to carry packages are not qualifying factors for eligibility. If you have any questions, please contact BFT's Dial-A-Ride team at 509.735.0160.

Please review the information provided by the applicant. Based on your knowledge of the applicant's condition, is the information accurate?

Yes No Somewhat

If you checked "No" or "Somewhat," please explain:

| DIAGNOSIS/DISABILITY <i>(not symptoms)</i> | DEGREE OF IMPAIRMENT <i>(circle one)</i> | | | DATE OF ONSET <i>(if known)</i> |
|--|--|----------|--------|---|
| _____ | Mild | Moderate | Severe | _____ |
| _____ | Mild | Moderate | Severe | _____ |
| _____ | Mild | Moderate | Severe | _____ |
| _____ | Mild | Moderate | Severe | _____ |
| _____ | Mild | Moderate | Severe | _____ |

Is the applicant's need for Dial-A-Ride service temporary or permanent?

Temporary, until _____ Permanent

3. Is the condition: Permanent Temporary (months) _____

4. If visually impaired, what is the applicant's best corrected acuity?

Date of testing: _____

(Snellen?) (R) _____ (L) _____

Field Restriction: (R) _____ (L) _____

5. If cognitively impaired, does the applicant's disability affect their ability to use public transit? _____

6. Does the applicant use a wheelchair?
Yes No If yes, how often: _____

7. Does the applicant use mobility aids? Yes No
If yes, please describe: _____

PHYSICIAN OR HEALTHCARE PROFESSIONAL'S 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 will be used for the sole purpose of determining the applicant's eligibility for paratransit services. I also agree that Dial-A-Ride may contact me for clarification of any information I have provided, and that I will reply in good faith.

Physician/Health Professional's Full Name: _____

Institution/Facility/Agency Name: _____

Street Address: _____

Suite #: _____ City: _____ State: _____

Zip Code: _____ Phone: _____ Fax: _____

Area of Specialty: _____

Physician/Health Professional Signature: _____

Date: _____

NOTE: Additional signature of physician/health professional required if additional information is included. Please provide on signed letterhead or prescription script.