



APLICACIÓN de PARATRÁNSITO DIAL-A-RIDE



Ben Franklin Transit (BFT) ha ofrecido con orgullo el servicio de paratransito Dial-A-Ride (DAR) en toda la comunidad Tri-Cities durante más de 40 años. Dial-A-Ride ofrece transporte de puerta a puerta a los clientes con discapacidades que les impide utilizar el sistema regular de autobuses de ruta fija.

Para ver si usted o un ser querido califica, por favor complete y envíe esta solicitud al personal de BFT Dial-A-Ride, que la evaluará utilizando los criterios establecidos por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) dentro de los 21 días naturales a partir de la fecha de recibo. Una vez que su solicitud haya sido evaluada, recibirá una carta de decisión por correo postal. Si su solicitud es negada, la carta contendrá información sobre cómo apelar la decisión.

DIAL-A-RIDE

Lista de control para Aplicación



Para ser considerado para el servicio de paratransito BFT Dial-A-Ride, debe completar esta solicitud en su totalidad. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

Además, puede ser necesaria una evaluación funcional en persona. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 509.735.0160

Instrucciones

- Completa las páginas 1-6. Responda a todas las preguntas y explique detalladamente de qué manera su discapacidad le impide utilizar el sistema regular de autobuses.
- Asegúrese de que el formulario de solicitud está firmado en la página 6 y de que los nombres están escritos claramente. Si es menor de 18 años, su padre, madre o guardián legal deberá firmar la solicitud. Si su guardián legal o poder notarial firma la solicitud, por favor incluya la documentación vigente del guardián legal o poder notarial.
- Asegúrese de que un médico o profesional autorizado haya revisado toda la solicitud y completado el formulario de verificación (páginas 7-8), que debe devolverse junto con la solicitud. Este formulario debe ser completado por una de las siguientes personas:

Médico (MD o DO) / Profesional licenciado en salud mental / Optometrista u oftalmólogo / Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional / Psicólogo (Ph.D.) / Enfermero MDS (SÓLO centros de enfermería especializada) / Asistente al médico o ARNP (Practicante Registrado de Enfermería).

Una vez completada, envíe todas las páginas de esta solicitud:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Por fax a 509.734.5195• Correo domestico ordinario a:<ul style="list-style-type: none">⇒ Dial-A-Ride Eligibility1000 Columbia Park TrailRichland, WA 99352 | <ul style="list-style-type: none">• En persona a:<ul style="list-style-type: none">⇒ 7109 W. Okanogan Place,Kennewick, WA 99336 or⇒ 1000 Columbia Park TrailRichland, WA 99352 |
|---|---|

Las solicitudes son consideradas completas cuando todas las preguntas han sido contestadas y todas las firmas e información de contacto de las fuentes profesionales han sido proporcionadas, incluyendo los documentos de guardián legal si es aplicable.

APLICACIÓN para servicio de: DIAL-A-RIDE



INSTRUCCIONES

En las páginas 1-6 de esta solicitud, BFT le pide información sobre usted, su movilidad y su capacidad para utilizar el servicio de autobús de ruta fija. Por favor, responda a TODAS las preguntas cuidadosamente y completamente. Un amigo, tutor, representante de servicios de la agencia o familiar puede ayudarle. No podemos determinar su elegibilidad para el servicio Dial-A-Ride sin esta información.

Las páginas 7-8 deben ser cumplimentadas por un médico/profesional sanitario titulado 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 anteriormente el servicio Dial-A-Ride? Sí No

En caso de que sí, ¿cual es su número de identificación del cliente? _____

Apellidos del solicitante		Nombre	Segundo nombre	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
Prefiero no contestar <input type="checkbox"/>					
Dirección		Apartamento	Ciudad	Código postal	
Fecha de nacimiento	Teléfono de casa		Otro número de teléfono		
/ /					
Nombre del complejo de apartamentos				Código de acceso	
Dirección postal (si es diferente de la del domicilio)		Apartamento	Ciudad	Código postal	
Idioma preferido		¿Veterano de U.S.A? (Opcional) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Participante de Arc? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la persona de contacto en caso de emergencia		Relación		Teléfono de emergencia	

Solicitud para el servicio Dial-A-Ride

CONDICIONES/MOVILIDAD

INFORMACIÓN



MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE LE CORRESPONDAN:

- | | |
|--|--|
| <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"/> Incapaz de hablar |
| <input type="checkbox"/> Ciegos o con baja visión | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Daño cerebral | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Condición respiratoria | <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 discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Requiere diálisis | <input type="checkbox"/> Limitación significativa de actividad |

CUANDO VIAJA FUERA DE CASA, ¿QUÉ AYUDAS PARA LA MOVILIDAD NECESITA? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | |
|--|---|
| <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"/> Caña |
| <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo cuádruple | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidados personales (PCA) |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) |

Aplicación para el servicio Dial-A-Ride

INFORMACIÓN INDIVIDUAL Y MOVILIDAD



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

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

3. ¿Puede caminar o utilizar su silla de ruedas u otros dispositivos de asistencia para ir desde su casa hasta ese cruce sin ayuda? Sí No
En caso de que no, explíquelo: _____
4. ¿Puedes encontrar el camino a una parada de autobús sin perderte? Sí No
En caso de que no, explíquelo: _____
5. ¿Cuánto tiempo puedes esperar de pie un autobús?
 15 minutos 10 minutos 5 minutos Menos de 5 minutos
6. ¿Viaja actualmente en los autobuses regulares de línea fija?
 Sí No
Por favor, explique: _____

7. Todos los autobuses llevan delante una “señal de destino” que indica el nombre y el número de la ruta.
¿Puedes leer la señal de destino de un autobús? Sí No
¿Puedes preguntarle al conductor adónde va el autobús? Sí No
¿Puedes dar o escribir una nota al conductor? Sí No
¿Puede entender la respuesta del conductor? Sí No
Si ha respondido que no a alguna de estas preguntas, porfavor explíquelo:

8. Si estuvieras en un autobús, ¿podrías pagar el pasaje metiendo dinero en la caja?
 Sí No Si la respuesta es no, explíquelo: _____

Aplicación para el servicio Dial-A-Ride

INFORMACIÓN INDIVIDUAL Y MOVILIDAD



9. Si fueras en el autobús normal, ¿sabrías reconocer dónde tienes que bajarte?
 Sí No

Si la respuesta es no, explique: _____

10. Díganos en qué situaciones **si** puede utilizar el servicio regular de autobús de ruta fija de BFT. (Ejemplos: Si está a poca distancia de la parada de autobús; con un acompañante; o cuando necesito llegar a algún sitio el mismo día)

11. ¿Ha recibido alguna vez entrenamiento en orientación y movilidad (entrenamiento para viajar)?

Sí No En caso de que sí, indique qué rutas de BFT aprendió a usar:

12 a) Díganos por qué **no** puede utilizar el servicio regular de autobús de ruta fija de BFT para algunos o todos los viajes. (Ejemplos: cirugía, lesión, condiciones meteorológicas, fatiga...) _____

12 b) Si se enfrenta a dificultades que le impiden utilizar las rutas fijas, díganos de qué tipo. (Ejemplos: no hay banquetas en la zona; no hay paradas de autobús accesibles)

13. ¿Cómo viaja actualmente? (Ejemplos: uno mismo, familia, amigos, autobús, Dial-A-Ride) _____

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

En caso de que sí, explíquelo: _____

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

Si la respuesta es no, explíquelo: _____

Aplicación para el servicio Dial-A-Ride

INFORMACIÓN INDIVIDUAL Y MOVILIDAD



¿Hay algún aspecto de su discapacidad/condición limitante que pueda ayudarnos a comprender mejor sus capacidades y limitaciones para viajar?

¿SABÍA USTED?

Ben Franklin Transit ofrece entrenamiento gratuito para aprender a viajar en las rutas de autobuses locales. La participación en la enseñanza de viaje no afectará su elegibilidad de Dial-A-Ride. ¿Está interesado?

- Sí (Un empleado de BFT se pondrá en contacto con usted.)
- No

En caso de que no, explíquelo: _____

Aplicación para el servicio Dial-A-Ride ACUERDO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN



Al firmar esta solicitud, usted autoriza la divulgación de información a Ben Franklin Transit o a sus representantes para evaluar su elegibilidad para el servicio Dial-A-Ride utilizando la información que usted proporcionó en esta solicitud.

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 guardián legal o apoderado. Si el solicitante es menor de 18 años, deberá firmar este formulario uno de sus padres o su guardián legal. **(Si la forma va a ser firmada por un guardián legal o apoderado, se requieren los siguientes documentos adjuntos:)**

- Guardián legal: Copias de las cartas de tutela vigentes y de la orden judicial que nombra al guardián
- Poder notarial: Documentación vigente que otorgue al apoderado el derecho a firmar un formulario de consentimiento médico en nombre del solicitante.

CERTIFICO, bajo pena de perjurio, con arreglo a las leyes del Estado de Washington, que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma (requerida): _____ Fecha: _____

Solicitante Guardián legal (incluya documento)

Poder notarial (incluya documento)

Nombre (solicitante): _____ Teléfono: (_____) _____

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

Nombre: _____

Relación con el solicitante: _____ ***Teléfono:*** (_____) _____

Application for Dial-A-Ride Service LICENSED HEALTHCARE PROVIDER/ PHYSICIAN VERIFICATION FORM



Applicant Name: _____

Please ensure that a licensed healthcare provider/physician who is familiar with the applicant has reviewed the entire application prior to completing this form.

We need your assistance in determining eligibility for Dial-A-Ride services for the applicant named above. We are seeking information regarding the 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 along the route.

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.

Have you previously seen this patient? Yes No

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 (not symptoms)	DEGREE OF IMPAIRMENT (circle one)			DATE OF ONSET
_____	Mild	Moderate	Severe	_____
_____	Mild	Moderate	Severe	_____
_____	Mild	Moderate	Severe	_____
_____	Mild	Moderate	Severe	_____
_____	Mild	Moderate	Severe	_____

Is the applicant receiving treatment for the above disabilities? _____

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

Permanent Temporary - How Long: _____

Application for Dial-A-Ride Service LICENSED HEALTHCARE PROVIDER/ PHYSICIAN VERIFICATION FORM



Please rate the applicant's abilities while using their mobility aid 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						

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

Date of Testing: _____ (Snellen?) (R) _____ (L) _____

Field Restriction: (R) _____ (L) _____

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 staff may contact me for clarification of any information I have provided, and that I will reply in good faith.

Healthcare Professional's Full Name: _____

Institution/Facility/Agency Name: _____

Area of Specialty: _____

Street Address: _____ Suite #: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone: _____ Fax: _____

Healthcare Professional's Signature: _____ Date _____