

SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA)

La información obtenida en esta solicitud servirá de ayuda a The COMET para comprender sus capacidades, los cambios en los viajes y las barreras en el entorno que puedan impedir que use el sistema de rutas fijas. Toda la información contenida en esta solicitud será confidencial y solo se compartirá con los profesionales involucrados en el proceso de evaluación. Se proporcionará transporte gratuito a los solicitantes para las evaluaciones funcionales.

Si tiene alguna pregunta o si necesita asistencia para completar esta solicitud, llame al (803) 255-7123. También es muy importante enviar por correo postal la solicitud a la dirección detallada arriba.

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD (Escriba en letra de imprenta o tipee)

Nueva
 Recertificación

Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Primer nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M/F (encierre uno con un círculo)

Dirección residencial: _____

Dirección postal: (si es diferente de la anterior) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono de la tarde: _____

Número de TDD/TTY: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono de la tarde: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Le gustaría recibir más información por escrito en un formato accesible? Sí No
En caso afirmativo, indique su formato de preferencia: Grande Impreso Braille Texto electrónico Otro

EQUIPO DE DISCAPACIDAD Y MOVILIDAD

1. ¿Cuáles de las siguientes opciones limitan su capacidad de usar el servicio de autobús de ruta fija de The COMET?

(Marque todas las que correspondan).

- Discapacidad física Baja visión/ceguera Discapacidad del desarrollo
 Discapacidad psiquiátrica Discapacidad intelectual Otra

2. ¿Cuáles de estas asistencias o equipos de movilidad usa para ayudarse a llegar a donde necesita? (Marque todas las que correspondan).

- Ninguno Dispositivo de comunicación Bastón
 Caminador
 Scooter/carro eléctrico Silla de ruedas eléctrica Muletas Silla de ruedas manual
 Bastón blanco Audífonos Animal de servicio
 Oxígeno portátil Otro

3. Describa su discapacidad (o discapacidades) con más detalle:

4. ¿De qué manera las discapacidades anteriores lo limitan al momento de usar el servicio de autobús de ruta fija de The COMET?

Confirmando que todas las afirmaciones son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa puede descalificar mi solicitud y/o posterior inscripción. Autorizo a The COMET a verificar toda la información proporcionada en esta solicitud y a obtener información médica esencial necesaria para la determinación de la elegibilidad. También estoy de acuerdo en someterme a una evaluación en persona por parte The COMET o una agencia en representación para la determinación de la elegibilidad de paratransito, según sea necesario. Si no completo la evaluación en persona en un plazo de 90 días, comprendo que me devolverán la solicitud y que, para comenzar el proceso de elegibilidad nuevamente, tendré que presentar una solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si la completó alguien que no es el solicitante Firma: _____

Relación: _____ Casa/celular: _____