



**USO DE OFICINA
SOLAMENTE**

Date Received _____
Date Processed _____
Date Approved _____
Date Denied _____
Date Notified _____
Status Code _____

**Solicitud de elegibilidad para
Paratransit ADA de cortesía Servicios**

1. **Categoría 1 de la ADA:** Una persona que no puede abordar, viajar o salir de ningún vehículo de forma independiente en el sistema de ruta fija al que las personas con discapacidad pueden acceder fácilmente y utilizarlas.ADA
2. **Categoría 2 de la ADA:** Una persona que necesita la asistencia de un elevador de silla de ruedas y uno no está disponible en el servicio de ruta fija durante el tiempo que la persona desea viajar. (Todos los vehículos de ruta fija Rover son totalmente accesibles).
3. **Categoría 3 de la ADA:** Una persona que tiene una afección relacionada con una discapacidad que impide llegar o salir de una parada de autobús.
4. Si no se completan todos los espacios, se devolverá este formulario.
5. Lea la solicitud completa e imprima ordenadamente o escriba; solo una persona por aplicación.
Esta aplicación está disponible en formato accesible. Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o necesita ayuda para completar el formulario, llame al (615) 801-3039 o TDD (615) 849-2689.

Sección 1 – Información personal

Fecha de aplicación: _____

Nombre (Escriba en letra de imprenta): _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo / Celular: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dirección de correo electrónico _____

Contacto de emergencia (la solicitud será devuelta si se deja en blanco).

Nombre: (Por favor escriba): _____

Habla a: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo / Celular: _____

Relación: _____

Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera, autorizo al profesional de atención médica que certifica esta solicitud a divulgar información sobre mi discapacidad a ROVER y Mid-Cumberland Human Resource Services

Firma del aplicante: _____

Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita elegibilidad de tarifa reducida, esa persona DEBE COMPLETAR COMPLETAMENTE lo siguiente:

Nombre del individuo o agencia: _____

Habla a: _____

(Ciudad/Estado/Código postal): _____

Teléfono: número de fax: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Solicitud de elegibilidad para Servicios de paratransito

Sección 2: Información sobre discapacidad

1. Describa su discapacidad y / o enfermedad y marque los elementos aplicables a continuación (ejemplos incluyen ceguera, esclerosis múltiple, afección cardíaca): _____

- a. Discapacidad visual: Total _____ Parcial _____ Visión: Derecha 20 / _____ Izquierda 20 / _____
b. Personas con discapacidad auditiva: _____
c. Discapacidad mental o del desarrollo: _____
d. Dispositivo de movilidad: Powered _____ Manual _____ Scooter _____
e. Muletas: aparatos ortopédicos _____ Andador _____ Prótesis _____ Otro _____
f. Otras limitaciones de movilidad o impedimentos físicos (por favor describa): _____

2. Requiere que alguien lo ayude cuando viaja en tránsito? (Es un jinete discapacitado responsable de proporcionar un asistente de cuidado personal y un dispositivo de movilidad que funcione correctamente. No se cobra ninguna tarifa por un asistente de cuidado personal que viaja con un conductor discapacitado).
(No dejar en blanco) SÍ _____ NO _____

3. Utiliza alguna de las siguientes ayudas? (Marque todo lo que corresponda)
_____ silla de ruedas; si su silla de ruedas es más grande que una silla de ruedas común (30 pulgadas de ancho; 48 pulgadas de largo; más de 600 libras cuando está ocupada), describa: _____

_____ Scooter con motor. Si usa un scooter, ¿podrá transferirse a un asiento? Si _____ No _____
_____ Animal de servicio _____ Tablero del alfabeto _____ Tanque de oxígeno
_____ Otros dispositivos de asistencia. En caso afirmativo, describa: _____

Sección 3: Certificación profesional de atención médica

Esta certificación debe ser completada por un profesional de la salud certificado o con licencia, y Rover debe recibirla dentro de los 60 días de la firma del profesional de la salud. La información permanecerá archivada en Rover y no está sujeta a revisión pública.

Nombre del profesional de la salud: _____
Número de licencia / Estado emitido: _____ Teléfono: _____
Habla a: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____

Marque uno: _____ Médico: (Especialidad) _____
_____ Asistente del médico _____ Enfermero practicante _____ Audiólogo _____ Podólogo
_____ Optometrista _____ Psicólogo clínico con licencia _____ Psicólogo escolar certificado
_____ Terapeuta ocupacional con licencia _____ Terapeuta físico con licencia

Duración prevista de la discapacidad del solicitante:
_____ Temporal: condiciones a corto plazo que probablemente mejoren dentro de un año
_____ Largo plazo: condición con potencial de mejora o períodos de registro de remisión
_____ Permanente: condiciones sin ninguna expectativa de mejora

Certifico que el solicitante se ve afectado por la discapacidad / enfermedad descrita y, como resultado, requiere los dispositivos de asistencia descritos y no puede utilizar los servicios de transporte masivo de manera tan efectiva como las personas que no están tan afectadas.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor devuelva la solicitud a:
Coordinador de elegibilidad de ROVER
4765 Florence Road
Murfreesboro, TN 37129