



Dial-A-Ride

Lista de Verificación y Aplicación

Gracias por su interés en el servicio paratransito Dial-A-Ride de Ben Franklin Transit.

Si usted esta buscando elegibilidad para el servicio, debe acompletar todo el proceso de aplicación requerida por el Acta de Americanos con Discapacidades, incluyendo:

1. La forma de aplicación (se requiere documentación adicional si alguien más que el solicitante firma la aplicación, listada en la página siguiente)
2. Adjunto la forma de Verificación del Proveedor con Licencia
3. Una Evaluación en persona, si es requerido.

Asegúrese de imprimir este documento a doble cara. Si tienes preguntas o necesita ayuda para completar el formulario de solicitud, llame al 509.735.0160.

LISTA DE VERIFICACIÓN E INSTRUCCIONES

Todas las 8 páginas de la aplicación llenas deben de ser entregadas al mismo tiempo. Antes de entregar la forma de aplicación formulario, por favor:

- Lea el folleto Dial-A-Ride incluido el la aplicación.
- Complete las páginas de la 1-5 de la la aplicación.
- Asegúrese que la aplicación esté firmado en la página 5. Por favor escriba claramente.
 - Si tiene menos de 18 años, su padre o guardian legal require firmar la aplicación.
 - Si usted tiene un poder legal*, él o ella debe firmar la aplicación.
- Asegúrese de que la Forma Del **Proveedor Con Licencia** (página 7-8) ha sido llenada por un proveedor médico y es incluido en la aplicación.
 - La forma debe de estar completada por uno de los siguientes:
Doctor en Medicina (MD o DO) | Profesional Licenciado en Salud Mental Optometrista u Oftalmólogo | Terapista Física o ocupacional | Psicólogo (Ph.D.) | MDS Enfermera (Enfermería Especializade Instalaciones solamente) | Asistente de Doctor o ARNP | Especialista Certificado en Orientación y Movilidad

*** Si el guardian legal o el Poder Legal firmarán en su nombre, por favor proporcione lo siguiente:**

- Guardian Legal: copias o cartas actuales de la custodia y el document de la corte nombrando lo como guardian.
- Poder Legal: documentación actual que le otorga el poder legal y el derecho de firmar una publicación medica en nombre del aplicante.

Notificación

Después de revisar su forma de aplicación completada, Ben Franklin Transit le notificará si hay información adicional y / o una evaluación en persona requerida. Haremos una determinacion de elegibilidad dentro de los 21 días calendario de recibir toda la información requerida y le notificaremos por correo.

Una vez completada, envíenos todas las páginas de la aplicación completa:

Fax: **509.734.5195**

o

Correo: **Ben Franklin Transit**
Atención de: Dial-A-Ride
1000 Columbia Park Trail
Richland, WA 99352

Información básica de Dial-A-Ride

Horas de operación:

lunes a iernes:	6 a.m. a 10 p.m.
sábado:	7 a.m. a 10 p.m.
domingo:	sin servicio

Reservación:

509-735-0160 (or toll-free 877-646-4287)

Horario de Reservación:

lunes a viernes:	8 a.m. a 5 p.m. (programación con un día de anticipación)
sábado a domingo:	8 a.m. a 5 p.m. (programación de viajes solo para el lunes)

Más información:

En línea: **bft.org/Services/Dial-A-Ride**

APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE DIAL-A-RIDE

Tipo de aplicación (solo uso oficial)

Nuevo Recertificación ID #: _____ Exp: _____

Ben Franklin Transit asegura la antidiscriminación de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y el Acta de Americanos con Discapacidades. Para más información, visite bft.org/Civil-Rights.

Todos los números de teléfono son accesibles para personas sordas o con problemas de audición a través del Relé 711. Para solicitar formatos alternativos de este documento, llame al **509.735.0160**.

Información del contacto

Apellido _____ Nombre _____ M.I. _____
Dirección postal _____ Apt./Sp. # _____
City _____ State _____ Postal _____

Dirección donde Dial-A-Ride lo va a recoger
(si es diferente a la dirección postal):

Dirección _____ Apt./Sp. # _____
City _____ State _____ Postal _____

Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino
Mes/Día/Año

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono celula (____) _____
Correo electrónico _____

Contacto de Emergencia

Nombre _____ Relación _____
Teléfono de casa (____) _____ Teléfono celula (____) _____

Si no podemos hacer contacto con usted, por favor liste un contacto alternativo:

Nombre del solicitante: _____

Contacto Alternativo

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono celula (____) _____

Propocionando números de emergencia / alternativos, usted autoriza a BFT o su representantes para contactar a las personas listados con respecto a su paratránsito Servicio.

Acerca de usted

1. ¿Hablas y entiendes inglés? Sí No (lista el idioma)

2. ¿Cuál es su discapacidad o condición limitante? (use la página 6 si es necesario)

3. D¿Cambian sus limitaciones de vez en cuando debido a razones médicas? tratamientos, medicamentos o por otras razones?

No Sí (explique, use la página 6 si es necesario):

4. ¿Es su necesidad del servicio Dial-A-Ride por tiempo o temporal?

Por tiempo Temporal - ¿Cuánto tiempo? _____

5. ¿Su memoria se ve afectada debido a su discapacidad/condición limitante?

No Sí En caso afirmativo: A corto plazo prolongado

6. ¿Viaja actualmente en el autobús estándar? Sí No

Nombre del solicitante: _____

7. ¿Alguna vez has viajado en el autobús estándar sin la ayuda de alguien?
 No Sí En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace? _____

8. ¿Usted puede independientemente:	Sí	No	Veces
a. ¿Viaje hacia y desde una parada de autobús?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Subir y bajar de un autobús equipado con rampa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Pedir, comprender y / o seguir instrucciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Planificar, comprender y seguir acciones necesarias para tomar un viaje en el autobús ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marcó "No" o "A veces" en la pregunta 8, explique.

9. ¿Cuál de las siguientes ayudas o equipos de movilidad utiliza cuando sale de su casa? Marque todo lo que corresponda e indique el porcentaje de tiempo que usted usa la ayuda. (Ejemplo: soporte de caña 90%, sin ayudas 10%).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin ayudas ____% | <input type="checkbox"/> Bastón blanco ____% |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada ____% | <input type="checkbox"/> Scooter motorizado ____% |
| <input type="checkbox"/> Bastón de soporte ____% | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual ____% |
| <input type="checkbox"/> Muletas ____% | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique ____% |
| <input type="checkbox"/> Caminante ____% | _____ |

Si usted marcó más de una ayuda, describa las circunstancias cuando usas cada uno.

Si usted usa una silla de ruedas motorizada o un scooter motorizado, pase a la pregunta 10.

Nombre del solicitante: _____

10. Cuando caminas afuera de su casa, qué tan lejos puede caminar solo o con el uso de una ayuda de movilidad como un bastón o andador?

Número de bloques _____ Menos de 1 bloque En absoluto

11. Si usa una silla de ruedas manual, ¿hasta qué punto puede autopropulsarse?

Número de bloques _____ Menos de 1 bloque En absoluto

12. Si usted usa una silla de ruedas motorizada o un scooter, ¿hasta dónde puede llegar? viajar sin la ayuda de alguien?

Número de bloques _____ Menos de 1 bloque En absoluto

13. Si califica para el servicio Dial-A-Ride, deberá: ¿Usar el ascensor para subir al autobús?

Sí No A veces

¿Trae un ayudante (asistente de cuidado personal) con usted?

Sí No A veces

14. ¿Hay algo más sobre su discapacidad / condición limitante que puede ayudarnos a comprender mejor sus habilidades y limitaciones de viaje? (use la página 6 si es necesario)

¿SABÍAS USTED?

Ben Franklin Transit (BFT) ofrece capacitación gratuita para aprender como viajar en el autobús estándar! La participación en el entrenamiento de viaje no es una base para limitar o negar su elegibilidad de Dial-A-Ride. ¿Estás interesado?

Sí (un entrenador de viajes de BFT se comunicará con usted pronto.)

No (explique a continuación)

ACUERDO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar esta aplicación, autoriza la divulgación de información a Ben Franklin Transit o sus representantes para evaluar su elegibilidad para Servicio Dial-A-Ride. Tenga en cuenta que utilizaremos 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, o facilitar el viaje en otro de tránsito distritos.

Este formulario debe ser firmado por el solicitante o, si corresponde, por el guardián legal del solicitante o poder notarial. Si el solicitante está bajo 18 años de edad, un padre o tutor legal debe firmar este formulario. Si un tutor legal o el poder notarial firmarán esta solicitud, la se requieren los siguientes archivos adjuntos:

- Guardián legal:** copias de las cartas de tutela actuales y orden de nombrar el documento del tutor de la corte.
- Poder notarial:** documentación actual que otorga el poder de Abogado el derecho a firmar un formulario de divulgación médica en nombre del aplicante.

Por la presente certifico bajo pena de perjurio, bajo las leyes de Estado de Washington, que la información proporcionada en esta aplicación es cierto y correcto.

Firma (requerido) _____ Fecha _____

Solicitante Guardián legal Poder notarial

Nombre impreso _____ Teléfono (____)_____

Si un guardián legal o poder legal firmó esta solicitud, por favor complete lo siguiente (imprima).

Nombre _____ Teléfono (____)_____

Relación con el solicitante _____

Pregunta 2 continúa: _____

Pregunta 3 continúa: _____

Pregunta 14 continúa: _____

Nombre del solicitante: _____

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE PROVEEDOR CON LICENCIA

Un proveedor médico o de salud mental con licencia, que esté familiarizado con el solicitante mencionado anteriormente, debe completar este formulario.

Ben Franklin Transit (BFT) utilizará la información que le proporcione a ayudar a determinar la elegibilidad de Dial-A-Ride (paratransit) del solicitante en de conformidad con el Acta de Americanos con Discapacidades. Dial-A-Ride de BFT es un servicio respaldado por impuestos para individuos que, debido a los efectos de sus discapacidades o condiciones de limitación, no son capaces de montar la rampa - equipado y accesible en el bus estándar BFT. Edad, conveniencia de la servicio, miedo a caerse, incapacidad para conducir e incapacidad para transportar paquetes no son factores que califican para la elegibilidad. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el equipo Dial-A-Ride de BFT al **509.735.0160**.

Por favor revise la información provista por el solicitante. Basado en su conocimiento de la condición del solicitante, ¿es precisa la información?

Sí No Algo

Si marcó “No” o “Algo”, explique: _____

DIAGNOSTICO/DISCAPACIDAD (no síntomas)	GRADO DE DETERIORO (circule uno)			FECHA DE INICIO (si se conoce)
--	--	--	--	--

_____	Leve	Moderado	Severo	_____
_____	Leve	Moderado	Severo	_____
_____	Leve	Moderado	Severo	_____
_____	Leve	Moderado	Severo	_____
_____	Leve	Moderado	Severo	_____

¿La necesidad del solicitante del servicio Dial-A-Ride es temporal o permanente?

Temporal, hasta _____ Permanente

Nombre del solicitante: _____

Si el solicitante tiene una condición que se espera que mejore (es decir, la rodilla reemplazo o accidente cerebrovascular reciente), ¿cuándo espera que la condición se estabilice? _____

¿Alguna de estas condiciones es episódica o variable en su gravedad?

No Sí (proporcione detalles a continuación)

Proporcione cualquier información adicional que considere relevante sobre por qué los efectos de la discapacidad / condición limitante del solicitante evitarían solicitante utilizar el servicio de autobús estándar.

Por la presente certifico bajo pena de perjurio, bajo las leyes de Estado de Washington, que la información sobre el proveedor con licencia La parte del formulario de verificación de esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del proveedor _____ Fecha _____

Credenciales _____ Especialidad _____

Nombre impreso _____ Organización _____

Teléfono (____) _____ Dirección _____

City _____ State _____ Zip _____