



Formulario de solicitud de elegibilidad para transporte especial / paratransito de ADA

¡POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE!

No se procesará ninguna solicitud sin firmar o incompleta. El personal puede consultar con expertos profesionales apropiados sobre su elegibilidad en cualquier etapa del proceso de certificación. La presentación de esta solicitud no garantiza la elegibilidad. Se le comunicará una decisión sobre su elegibilidad mediante el método de contacto preferido del solicitante.

Una vez completada esta solicitud, devuélvala a la siguiente dirección:

**City of Corvallis Public Works
Atención: Transit Eligibility
Post Office Box 1083
Corvallis, OR 97339**

1. AFIRMACIÓN DE INFORMACIÓN VERDADERA Y EXACTA

Juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa deliberadamente descalificará mi solicitud. Además, entiendo y autorizo que la información proporcionada en esta solicitud permanecerá confidencial y será utilizada por Benton Area Transit Lift (BAT Lift) y / o Corvallis Transit System (CTS), sus agentes y empleados, con el propósito expreso de determinar la elegibilidad y proporcionando servicios de transporte especializados. Además, entiendo que, si se me considera elegible, debo cumplir con las reglas, políticas y procedimientos de pasajeros de la agencia respectiva y dichas agencias tienen el derecho de suspender / cancelar mi elegibilidad en cualquier momento por alguna causa.

Firma del solicitante / tutor legal:	Fecha:
---	---------------

NOTA: Si el/la solicitante no puede firmar y no hay un tutor legal asignado, se requieren las dos firmas siguientes:

Firma de la persona que completa el formulario:	Fecha:
Firma del testigo, relación con el solicitante:	Fecha:

- Continúe en la siguiente página -

Para más información, llame a nuestra Línea de elegibilidad al 541-766-6318 o visite nuestros sitios web en: www.co.benton.or.us/publicworks/page/special-transportation-services
www.corvallisoregon.gov/cts



2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

Nombre del solicitante (apellido, nombre)		Fecha de nacimiento:		
Dirección principal:		Ciudad:	Condado:	CP:
Dirección postal, si es diferente:		Ciudad:	Condado:	CP:
Número de teléfono principal:	Número de teléfono secundario, si corresponde:			
Dirección de correo electrónico:	Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> A través de mi representante			

3. INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Contacto de emergencia (apellido, nombre):	Relación con el solicitante:
Número de teléfono principal:	Número de teléfono secundario, si corresponde:

4. INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL SOLICITANTE:

Si otra persona que no sea e/la solicitante está completando este formulario y / o presentando esta solicitud en nombre del solicitante, complete la Sección 4 a continuación.:

Nombre del Representante (Apellido, Nombre):		Relación con el solicitante:		
Dirección principal:		Ciudad:	Condado:	CP:
Dirección postal, si es diferente:		Ciudad:	Condado:	CP:
Número de teléfono principal:	Número de teléfono secundario, si corresponde:			
Dirección de correo electrónico:	Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Email			

- Continúe en la siguiente página -

Para más información, llame a nuestra Línea de elegibilidad al 541-766-6318 o visite nuestros sitios web en: www.co.benton.or.us/publicworks/page/special-transportation-services
www.corvallisoregon.gov/cts



5. INFORMACION DE DISCAPACIDAD:

¿Está usted o ha sido certificado anteriormente por alguna de las siguientes agencias?

- Corvallis Transit System (CTS) – ADA Paratransito
- Benton Area Transit Lift (BAT Lift) – Servicios especiales
- de transporte No

¿Tiene una discapacidad y / o una condición relacionada con la salud que le impide usar el transporte privado o el transporte público en general? Sí No

Si contesto SI, complete completamente las Secciones 5, 6 y 7 de esta solicitud y describa aquí la discapacidad que le impide usar el transporte privado o un autobús de transporte público general. Utilice una hoja de papel adicional si es necesario. Puede adjuntar documentos de respaldo que describan su discapacidad si lo desea. La poca o incompleta información retrasará el procesamiento de su solicitud.

Es su condición:

- Permanente Temporal

Si su condición es temporal, ¿cuánto tiempo espera que dure (ponga la fecha)?

/ /

¿Es usted capaz de utilizar un autobús de transporte público o un taxi?

- Sí No

Si la respuesta es No, explique brevemente: _____

Dada su (s) condición (es), ¿cómo viaja actualmente? (Marque todo lo que corresponda.)

- Transporte Vehículo privado Alguien me lleva
- Bicicleta/Camino/Dispositivo móvil Otro, explique: _____

- Continúe en la siguiente página -

6. INFORMACIÓN DEL DISPOSITIVO DE MOVILIDAD:

¿Necesita un PCA cuando viaja? (Un asistente de cuidado personal, “PCA”, es alguien que usted necesita como ayuda, para las actividades diarias como: comer, vestirse, higiene personal, cargar paquetes, navegación, etc. El Condado Benton no proporciona PCA).

- Sí No A veces

Si contesto, A veces, explique brevemente: _____

¿Puede llegar de su casa a la banqueta/acera sin ayuda de otra persona?

- Sí No

¿Utiliza ayuda para movilidad?

- Andador/Bastón/Muletas/Dispositivo ortopédico Silla de ruedas / scooter
 Dispositivo Protésico Animal de servicio Ninguno Otro: _____

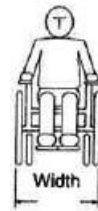
Si usa una silla de ruedas / scooter, ¿el peso combinado entre usted y su dispositivo de movilidad supera las 600 libras?

- Sí No

¿Cuáles son las dimensiones de su silla de ruedas / scooter?

Ancho _____pulgadas

Largo _____pulgadas



Aproximadamente, ¿hasta dónde puede viajar UTILIZANDO sus ayudas de movilidad habituales y sin la ayuda de otra persona? _____

- Continúe en la siguiente página -



7. DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - AUTORIZACIÓN

Para que su solicitud sea revisada adecuadamente, puede ser necesario contactar a un médico u otro profesional médico, ya sea para confirmar la información que ha proporcionado o para abordar una pregunta funcional con respecto a su discapacidad en relación con la manera en que nosotros proporcionamos servicios de transporte seguros y eficaces.

Complete la información a continuación con respecto a quién contactar si se requiere la verificación de la información o una pregunta práctica que requiera experiencia en atención médica. Este profesional puede ser su médico de atención primaria, otro profesional de la salud o un profesional de rehabilitación familiarizado con su discapacidad.

Este contacto es un: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Profesional de rehabilitación <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Otro profesional de salud				
Nombre del contacto (apellido, nombre, prefijo):				
Dirección principal:		Ciudad:	Condado:	Zip:
Número de teléfono principal:		Número de fax:		

NOTA: Negarse a autorizar esta divulgación de información puede resultar en la negación de la certificación, si la elegibilidad no se puede determinar de otra manera.

Escriba su nombre:	Fecha de nacimiento:
Firma de el/la solicitante o tutor legal:	Fecha:

- Fin de la solicitud -

Para más información, llame a nuestra Línea de elegibilidad al 541-766-6318 o visite nuestros sitios web en: www.co.benton.or.us/publicworks/page/special-transportation-services
www.corvallisoregon.gov/cts