



APLICACIÓN DIAL-A-RIDE SERVICE

INSTRUCCIONES

El servicio Dial-a-Ride de Metro Bus está disponible para personas con discapacidades que no pueden viajar en los autobuses de la Ruta Fija de Metro Bus*. Este es un servicio compartido, puerta a puerta, asistido por el operador** que requiere reservas anticipadas.

Los clientes deben completar un proceso de elegibilidad antes de usar este servicio. Complete la solicitud adjunta para comenzar este proceso.

Dial-a-Ride está destinado solo para viajes que una persona no puede hacer en rutas fijas. Esta solicitud está destinada a determinar cuándo y bajo qué circunstancias el solicitante puede usar rutas fijas y cuándo se requiere Dial-a-Ride.

La elegibilidad para Dial-a-Ride es una decisión de transporte, no médica

Las determinaciones se basan en la capacidad funcional de un individuo para usar autobuses de ruta fija. La elegibilidad no se basa únicamente en la discapacidad, la edad o el diagnóstico médico. Los inconvenientes o el deseo de no utilizar los servicios de ruta fija no son criterios de elegibilidad.

Lea las instrucciones antes de completar la solicitud adjunta.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad de Dial-a-Ride, llame al 320.529.4497. Si necesita ayuda con el formulario de solicitud, el personal de Metro Bus lo ayudará en la entrevista.

Los formatos accesibles están disponibles bajo petición.

* Grandes autobuses de tránsito operados en rutas designadas por Metro Bus.

**Los operadores ayudan a los pasajeros a través de la primera puerta de un edificio tanto en su punto de origen como en su destino. La primera puerta se define como la que da acceso interior al edificio.

CÓMO APLICAR

Por favor, llene el formulario de solicitud de la forma más completa y exhaustiva posible. ***Las solicitudes incompletas serán devueltas,*** retrasando el proceso de determinación de elegibilidad.

Una vez recibida la solicitud, un especialista en movilidad se comunicará con usted para programar una entrevista en persona.

Todos los solicitantes pueden utilizar llevar Dial-a-Ride de forma gratuita para llegar a su entrevista. Pregunte sobre cómo organizar el transporte cuando le llamemos.

Devuelva las solicitudes completas a:

Metro Bus
700 W St. Germain St, Ste 100
St. Cloud, MN 56301
Fax: 320.257.7695

Si la solicitud se envía por fax, envíe el original por correo o tráigalo a la entrevista.

Teléfono: 320.529.4497
Correo electrónico:
buspass@stcloudmtc.com

¿QUÉ PASARÁ EN LA ENTREVISTA?

- Su entrevistador revisará la solicitud con usted y le hará preguntas adicionales sobre sus circunstancias.
- Durante la entrevista, se le puede pedir que participe en una evaluación funcional para evaluar más a fondo sus habilidades y limitaciones de viaje. Las evaluaciones se realizarán en el mismo lugar que la entrevista. Por favor, venga vestido con el atuendo apropiado para una posible evaluación funcional al aire libre.

¿CUÁNDO Y CÓMO SABRÁ SI ES ELEGIBLE?

Se le notificará su elegibilidad en persona el día de su entrevista o por escrito después de la entrevista. Las determinaciones de elegibilidad se realizan dentro de los 21 días posteriores a la fecha en que recibimos su solicitud. Si no se toma una decisión dentro de los 21 días, le proporcionamos servicios de Dial-a-Ride hasta que se tome una determinación.

Si se le aprueba para Dial-a-Ride, se le dará una Guía de servicio de Dial-a-Ride con información sobre el servicio. Si se determina que usted es capaz de utilizar Autobuses de ruta fija para algunos o todos sus viajes, se le notificará por escrito el razonamiento de esta decisión y se le proporcionará información sobre cómo Apelar la determinación.

APLICACIÓN

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Elija una de las razones a continuación por las que busca la elegibilidad para Dial-a-Ride.

Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Puedo usar autobuses de ruta fija para ir a algunos lugares, pero en otros lugares, no puedo ir o venir de la parada de autobús.
- ☐ A veces puedo usar autobuses de ruta fija, pero solo si se puede acceder por medio de una rampa o ascensor.
- ☐ Debido a mi discapacidad, nunca puedo usar el servicio de autobús de ruta fija.

PARTE B: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: (IMPRENTA)

Nombre _____ Inicial media ____ Apellido _____

Dirección _____ Numero de Apartamento. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono principal (requerido) _____

Número de teléfono alternativo (requerido) _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cuál es tu idioma preferido? _____

Solo uso en Office

Date application received _____

☐ New application ☐ Recertification

Interview date _____

Assessment date _____

Eligibility determination _____

Certification date _____

Expiration date _____

Travel Training _____

☐ Legal guardianship/Power of attorney

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades le impiden usar los autobuses de ruta fija? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Discapacidad física ☐ Discapacidad visual/ceguera
☐ Discapacidad del desarrollo ☐ Enfermedad mental
☐ Otro ☐ Ninguno

Describa su discapacidad con más detalle. _____

2. ¿La discapacidad es permanente o temporal?

- ☐ Permanente ☐ Temporal, espero que dure por otro ____ Meses ☐ Desconocido

3. Indique cualquier ayuda o equipo de movilidad que utilice. Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Bastón ☐ Silla de ruedas manual ☐ Animal de servicio
☐ Bastón blanco ☐ Silla de ruedas eléctrica ☐ Dispositivo de comunicación
☐ Silla caminante ☐ Scooter o carrito motorizado ☐ Oxígeno portátil
☐ Muletas ☐ Tablero alfabético
☐ Otros (sírvase describir) _____

☐ No uso una ayuda o equipo de movilidad

4. Si usas una silla de ruedas o scooter, ¿de qué tamaño es?

¿Más de 30 pulgadas de ancho? ☐ Sí ☐ No

¿Más de 48 pulgadas de largo? ☐ Sí ☐ No

5. Si usa una silla de ruedas manual, ¿su peso combinado es superior a 350 libras?

- ☐ Sí ☐ No

6. Si utiliza una silla de ruedas eléctrica o un scooter, ¿pesa más de 800 libras?

- ☐ Sí ☐ No

7. Al usar Dial-a-Ride, ¿su condición de salud o discapacidad requiere que viaje con un asistente de cuidado personal (PCA)***?

- ☐ Sí ☐ No ☐ A veces

*** Persona que viaja como asistente designado o empleado por una persona con discapacidades para ayudarlos a satisfacer sus necesidades personales y / o facilitar el viaje.

PARTE C: USO ACTUAL DEL SERVICIO DE AUTOBÚS DE RUTA FIJA

1. ¿Alguna vez has utilizado el servicio de ruta fija?
☐ Sí, normalmente uso rutas fijas ____ veces a la semana.
☐ Sí, solía hacerlo, pero me detuve porque _____.
☐ No

2. Si no utiliza el servicio de ruta fija, ¿qué lo **Previene** ¿De usarlo de forma independiente? _____

3. ¿Sabe qué ruta(s) fija(s) sirve a su vecindario?
☐ Sí ☐ No (En caso de ser confirmado afirmativo) ¿qué rutas? _____

4. Si actualmente utiliza el servicio de ruta fija, ¿qué rutas utiliza?

5. ¿Cuál es la ubicación de la parada de autobús de ruta fija más cercana a su casa?
(por ejemplo, esquina de 1st St y 6th Av) _____

6. ¿Puedes llegar a esta parada de autobús sin ayuda?
☐ Sí ☐ No (explique a continuación) ☐ A veces (explique a continuación)

7. ¿Qué podría ayudarte a viajar en autobuses de ruta fija? Marque todo lo que corresponda.
☐ Aprender a usar rutas fijas con entrenamiento de viaje
☐ Información mejorada de rutas y horarios
☐ Los autobuses son accesibles para sillas de ruedas
☐ Cortes en la acera y nivelación de aceras
☐ Paradas de autobús más cercanas a donde vivo y a dónde necesito ir
☐ Tener una ayuda de comunicación
☐ Otros (describir) _____

8. ¿Qué tan lejos puede viajar usando una ayuda de movilidad asistida o por su cuenta?
- ☐ No puedo caminar ni transportarme fuera de mi casa o apartamento.
 - ☐ Puedo caminar o transportarme menos de una cuadra.
 - ☐ Puedo caminar o transportarme hasta 1/4 de milla (aproximadamente tres cuadras).
 - ☐ Puedo caminar o transportarme hasta 1/2 milla (aproximadamente seis cuadras).
 - ☐ Puedo caminar o transportarme hasta 3/4 de milla (unas nueve cuadras).
 - ☐ Puedo caminar o transportarme más de 3/4 de milla.
9. ¿El clima tiene algún efecto en su capacidad para usar el servicio de ruta fija?
- ☐ Sí (explique a continuación) ☐ No ☐ No lo sé.
-

10. ¿Puedes esperar en la parada de autobús para un autobús de ruta fija? Marque todo lo que corresponda.
- ☐ Nunca
 - ☐ Solo si hay un banco o refugio
 - ☐ Por no más de 15 minutos
 - ☐ Durante más de 15 minutos

PARTE D: A DÓNDE VAS Y CÓMO LLEGAS AHORA

(no se requiere respuesta)

Para ayudarlo con su evaluación de movilidad, escriba tres lugares a los que va con más frecuencia y cómo llega allí actualmente.

1. Destino _____
Dirección _____
¿Con qué frecuencia vas allí? _____
¿Cómo se llega hasta allí? _____
2. Destino _____
Dirección _____
¿Con qué frecuencia vas allí? _____
¿Cómo se llega hasta allí? _____
3. Destino _____
Dirección _____
¿Con qué frecuencia vas allí? _____
¿Cómo se llega hasta allí? _____

PARTE E: INFORMACIÓN DE LA FIRMA

Complete la casilla A **a menos que** la persona sea menor de edad o tenga un tutor legal. En ese caso, su padre o tutor legal debe completar la casilla B.

A. Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar la elegibilidad de Dial-a-Ride. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de Privilegios de Dial-a-Ride, así como sanciones bajo la ley. Acepto notificar a Metro Bus si ya no necesito el servicio de Dial-a-Ride.

Firma del solicitante

Fecha

B. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar la elegibilidad de Dial-a-Ride del solicitante. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de Privilegios de Dial-a-Ride, así como sanciones bajo la ley. Estoy de acuerdo en notificar a Metro Bus si el solicitante ya no necesita usar los servicios de Dial-a-Ride.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Teléfono

Debe proporcionar documentación legal de tutela legal, poder notarial, curatela.

Si ayuda a completar esta solicitud, proporcione la siguiente información.

Nombre (por favor imprima)_____

Relación con el solicitante_____

Dirección_____

Agencia_____ Teléfono _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

(Debe ser completado por **el solicitante**)

La verificación de discapacidad por parte de un profesional calificado no garantiza la elegibilidad de Metro Bus Dial-a-Ride, pero **puede** desempeñar un papel importante en el proceso de determinación de elegibilidad. Si bien la verificación por parte de un médico o profesional médico con licencia **no es Requerido**, hay momentos en que puede ser importante obtener información de ellos para verificar la discapacidad de un individuo. Es importante tener en cuenta que el profesional debe estar familiarizado no solo con la discapacidad particular de esa persona, sino también con la capacidad o incapacidad del individuo para viajar en una ruta fija.

Declaración de liberación

Yo, el abajo firmante, entiendo que la información médica solicitada es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o agencia, con la posible excepción de otro proveedor de tránsito o programa de transporte para facilitar el viaje. Autorizo la divulgación de todos y cada uno de los registros médicos y/o información por parte del profesional que se enumera a continuación a Metro Bus con el propósito expreso de determinar mi elegibilidad para el transporte Dial-a-Ride.

Firma del solicitante (requerido)

Fecha

Profesionales Calificados

Solo los siguientes profesionales están autorizados para verificar su discapacidad:

Médico con licencia o enfermera registrada, trabajador social clínico independiente con licencia, psicólogo / psiquiatra, terapeuta ocupacional o físico, consejero de rehabilitación certificado, especialista en orientación y movilidad, especialista en vida independiente.

Nombre del profesional _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono de la oficina _____

Nombre del solicitante (por favor imprima) _____

Esta autorización expira un año después de la fecha de autorización

Divulgación de información por parte del solicitante

Formulario de autorización

Este formulario actualizado reemplaza cualquier Divulgación de información anterior del pasajero que hayamos recibido de usted. Por favor, incluya todos los contactos actuales en este formulario más reciente.

Para ser completado por la persona que da su consentimiento / autorización. Esta información se solicita únicamente para autorizar al personal de Metro Bus a discutir cualquiera de la siguiente información con las personas / agencias a continuación en la medida necesaria para proporcionar servicios de transporte público. Esta liberación permanecerá archivada durante la duración de su elegibilidad con Dial-a-Ride a menos que el solicitante o su tutor legal indiquen lo contrario.

Nombre del solicitante (por favor imprima) _____ **Teléfono** _____

Información autorizada (seleccione todas las que correspondan)

- ☐ Programar y cancelar viajes
- ☐ Pregunte sobre las ubicaciones y los horarios de los viajes
- ☐ Discutir y apelar las ausencias
- ☐ Discutir cualquier accidente o incidente que ocurra en el autobús
- ☐ Discutir los cambios en la movilidad
- ☐ Discutir la solicitud de servicio dial-a-Ride o el formulario de recertificación
- ☐ Discutir emergencias médicas que ocurren mientras estoy utilizando el servicio de Metro Bus
- ☐ Otro _____

Personal autorizado de la agencia y/o individuos (seleccione todos los que correspondan)

- ☐ Todo el personal/trabajadores de _____ Teléfono _____
- ☐ Todo el personal/trabajadores de _____ Teléfono _____

Otras personas autorizadas (por favor imprima)

- ☐ Nombre _____ Teléfono _____
- ☐ Nombre _____ Teléfono _____
- ☐ Nombre _____ Teléfono _____

Continúe en la parte posterior si es necesario. Verifique aquí si enumeró personas autorizadas adicionales en la parte posterior.

☐

Firma del solicitante (requerido)

Fecha

Nombre del tutor legal (por favor imprima)

Teléfono

Firma del tutor legal (requerido)

Fecha

Debe proporcionar documentación legal de tutela legal, poder notarial, curatela.

☐ Nombre _____ Teléfono _____

☐ Nombre _____ Teléfono _____

☐ Nombre _____ Teléfono _____

☐ Nombre _____ Teléfono _____

☐ Nombre _____ Teléfono _____