

HARTplus

SECTION 1: GENERAL INFORMATION

(Mr. ___ Mrs. ___ Ms. ___)

SECCION 1: INFORMACION GENERAL

Last Name: _____ **First Name:** _____ **MI:** _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Street Address: _____ **Apt./Building:** _____

Dirección: _____ Número de Apartamento: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Social Security #: _____ **Birthdate:** _____ **Phone:** _____

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Explain Your Disability: _____

Explique su Incapacidad: _____

Closest bus route to my address: _____ **Closest cross streets to my address:** _____

Número de bus más cercano a mi hogar: _____ Intersección más cercana a mi hogar: _____

1. _____ 2. _____

Please list the name and telephone number of 2 persons to call in case of an emergency:

Favor de listar los nombres y números telefónicos de dos personas en caso de emergencia:

Name: _____ **Home Phone:** _____

Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____

Relationship: _____ **Work Phone:** _____

Relación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Name: _____ **Home Phone:** _____

Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____

Relationship: _____ **Work Phone:** _____

Relación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Do you have a personal care attendant who assists you with daily life functions? ___ Yes ___ No

¿Tiene usted algún tutor que le asista en sus funciones diarias? Sí No

Name: _____

Nombre: _____

Phone Number: _____

Número de Teléfono: _____

For: ___ **Mobility** ___ **Reading** ___ **Eating** ___ **Transfers** ___ **Medication**

Para: Movilidad Leer Comer Transferencias Medicamentos

Do you need information and material given to you in any of the following formats:

¿Necesita usted materiales o información de las siguientes formas?:

___ **Spanish** ___ **Large Print** ___ **Audio Tape** ___ **Braille** ___ **Others**

Español Letras Grandes Audio Tape Escritura braille Otros

The Person who assisted you filling out this application is a: ___ **Friend** ___ **Relative** ___ **Professional**

La persona quien le asistió con su aplicación es: Amigo Familiar Profesional

Name: _____ **Phone:** _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Address: _____

Dirección: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

If professional, list agency: _____

Profesional y Agencia: _____

Address: _____

Dirección: _____

HARTplus

SECTION 2: APPLICANT'S ABILITY TO USE REGULAR BUS SYSTEM

SECCION 2: ABILIDAD DEL SOLICITANTE PARA USAR EL SISTEMA DE AUTOBUSES

Please read the following statements and circle those which best describe your ability to use STANDARD bus service. You may select more than one:

Favor de leer las siguientes oraciones y circule las que mejor describan su habilidad para usar el sistema de autobuses regulares:

1. I sometimes can use regular bus service, but for certain trips, either I have not been trained, or there are other barriers present.

Puedo usar el servicio regular de autobuses en algunas ocasiones, pero no conosco bien las rutas, necesito entrenamiento; hay muchas barreras físicas.

2. I have a temporary disability which prevents me from getting to the bus stop. I will need shared-ride van service only until I recover.

Tengo una incapacidad temporal que me impide usar el servicio de autobus; podría usar el servicio de minibus Puerta a Puerta hasta que me recupere.

3. I have an ambulatory disability which prevents me from boarding any of the regular buses.

Tengo un problema de incapacidad ambulatoria que me impide usar los autobuses regulares.

4. I have an ambulatory disability which prevents me boarding even an accessible bus (with a wheelchair lift) without assistance.

Tengo una incapacidad ambulatoria que me impide usar el sistema de autobuses (con sistema de levantar sillas de ruedas) sin ninguna ayuda; necesito un ayudante.

5. I cannot get to the bus stop by myself.

No puedo llegar a la parada del autobus por mi mismo(a).

6. I have a cognitive disability which prevents me from remembering and understanding all I have to do to find my way to and from the bus stop and to ride the bus. I don't feel that I can ever learn.

Tengo una incapacidad congénita la cual me impide recordar, entender y encontrar la parada del autobus. Creo que nunca podría aprender.

7. Although I have a cognitive disability which prevents me from remembering and understanding all I have to do, I think that with training I can learn.

Aunque tengo una incapacidad física congénita para entenderlo todo y recordar; pienso que con entrenamiento podría aprender aunque no de inmediato.

8. I have a visual disability which prevents me from finding my way to and from the bus stop. I think that with training I can learn, but I don't know how right now.

Tengo una incapacidad visual la cual me impide encontrar la parada de autobuses, creo que con entrenamiento podría hacerlo, pero ahora mismo no sé.

9. I have a visual disability which prevents me from getting to and from the bus stop. I don't feel that I can ever learn.

Tengo una incapacidad visual la cual me impide llegar a la parada del autobus. Creo que nunca podría aprender.

10. I have a severe medical condition. My condition results in an impairment which makes it impossible for me to use regular bus service.

Tengo diferentes condiciones médicas. En mi caso resulta en un impedimento, el cual hace imposible el uso de autobuses regulares.

11. I have an episodic disability. I can use the bus on those days when I am feeling well, but on bad days, I can't make it to the bus stop, or even get on the bus.

Mi incapacidad es por episodios. En ocasiones me siento bien y puedo tomar el autobus, pero tengo días en los cuales no puedo llegar a la parada del autobus.

HARTplus

SECTION 3: INFORMATION ABOUT YOUR CURRENT USE OF REGULAR BUS

SERVICE

SECCION 3: INFORMACION SOBRE LOS SERVICIOS REGULARES DE LOS AUTOBUSES

1. Do you currently use regular bus service at all?

¿Actualmente está usted utilizando los servicios de autobuses regulares?

_____ **Yes**

Si

_____ **No**

No

2. When was the last time you used regular bus service? _____

¿Cuándo fue la última vez que utilizó los servicios de autobuses?

3. Do you use any type of mobility aid when you travel?

¿Usa usted algún tipo de ayuda para moverse cuando viaja?

_____ **Yes**

Si

_____ **No**

No

4. How far can you travel? _____

¿Cuán lejos puede viajar?

Circle one:

Circule uno:

Can Cannot

Puedo No Puedo

Can Cannot

Puedo No Puedo

Can Cannot

Puedo No Puedo

Can Cannot

Puedo No Puedo

Can Cannot

Puedo No Puedo

Circle one:

Circule uno de los siguientes:

Assisted Unassisted

Con Asistencia Sin Asistencia

Assisted Unassisted

Con Asistencia Sin Asistencia

Assisted Unassisted

Con Asistencia Sin Asistencia

Assisted Unassisted

Con Asistencia Sin Asistencia

Assisted Unassisted

Con Asistencia Sin Asistencia

Travel outside my home:

Viajar fuera de mi hogar:

Get to the curb in front of my home:

Llegar al frente de mi Hogar:

Travel up to 3 blocks (1/4 mile):

Viajar hasta 3 bloques (1/4 milla):

Travel up to 6 blocks (1/2 mile):

Viajar hasta 6 bloques (1/2 Milla):

Travel up to 9 blocks (3/4 mile):

Viajar hasta 9 bloques (3/4 milla):

5. Can you wait up to 30 minutes for a regular bus at a bus stop?

¿Podría usted esperar hasta 30 minutos en la parada del autobus regular?

Yes

Sí

Yes, only if it has a bench and shelter:

Sí, donde halla para cubrirse y sentarse:

No, I can't wait that long:

No, puedo esperar tanto tiempo:

Explain: _____

Explique:

Note: All buses are fully accessible with wheelchair lifts, many also have a kneeler which lowers the height of the steps to the curb. Passengers who find the steps are still too high may enter and exit the bus by standing on the wheelchair lift.

Nota: Todos los autobuses estan equipados para acomodar personas con sillas de ruedas y con sistemas hidráulicos para los escalones en las curvas. Si este sistema sigue siendo muy alto, podría usar el sistema de elevador de sillas de ruedas.

6. Can you get on and off a regular bus?

¿Podría usted subir y bajar a los autobuses regulares?

_____ **Yes**

Sí

_____ **No**

No

_____ **Sometimes:**

En ocasiones:

_____ **I don't know, I have never tried:**

No sé, nunca he tratado:

If you chose NO or SOMETIMES, please check all that apply:

Si eligio No o en ocasiones, favor de marcar lo siguiente:

_____ **Only if the bus has a wheelchair lift.**

Solo en autobuses con elevador de sillas de ruedas.

_____ **I cannot climb the stairs.**

No puedo subir escaleras

_____ **Other:** _____

Otros:

_____ **I probably could with instructions.**

Probablemente podría con instrucciones.

_____ **I do not want to use the lift.**

No deseo usar el elevador.

HARTplus

7. If you are able to get on and off regular buses, can you get to a seat or wheelchair position by yourself and ride the bus?

¿ Si usted pudiese entrar y salir en un autobus regular, podría usted sentarse y/o acomodar su silla de ruedas por si mismo(a)?

Yes **No** **Sometimes** **I don't know, I have never tried.**
Sí No En ocasiones No sé, nunca he tratado.

8. If you chose NO or SOMETIMES, please check all that apply:

Si usted seleccionó No o en ocasiones, favor de marcar lo que aplica:

I need someone to help me. **I need a seat nearest the door.**
Necesito ayuda de alguien. Necesito sentarme cerca de la puerta.
 I have a balance problem. **I have trouble finding a seat.**
Tengo problemas de balance. Tengo problemas encontrando asiento.

Other : _____

Otros:

SECTION 4: INFORMATION ABOUT YOUR DISABILITY AND MOBILITY EQUIPMENT

SECCION 4: INFORMACION SOBRE INCAPASIDAD Y EQUIPO DE MOBILIDAD

1. What type or types of disabilities prevent you from using regular bus service? (Check all that apply) ¿Que tipo de incapacidad le impide el usar los servicios de autobus?

Physical disability. **Visual impairment / blindness.**
Impedimento físico. Impedimento visual / seguera.
 Developmental disability. **Mental illness.**
Impedimento de desarrollo mental Enfermedad mental.
 Health related condition. **Other:** _____
Condiciones relacionadas con salud. Otros:

2. Is your disability: **Permanent** **Temporary** **I don't know.**

Es su incapacidad: Permanente Temporal No sé.

If temporary, I expect it to last for another _____ months.

Si es temporal, espero que su duración sea por _____ meses.

3. Please indicate below if you use any of the following mobility aids or equipment:

Favor de indicar si usted utiliza cualquiera de los siguientes equipos de movilidad:

Note: shared-ride van service will not accept wheelchairs that are larger than 30 inches by 48 inches, 600 pounds when fully loaded.

Nota: viaje compartido de minibus no aceptará sillas de ruedas sobre 30 pulgadas por 48 pulgadas, ni de 600 libras de peso ocupada.

Cane **Long white cane** **Leg braces**
Bastón Bastón largo blanco Abrazadera de piernas
 Crutches **Alphabet-picture board** **Walker**
Muletas Tablero de fotos alfabéticas Andador
 Manual wheelchair **Powered wheelchair** **Power scooter-cart**
Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Triciclo eléctrico

Service animal (describe): _____
Animal de servicio o guia (describa):

HARTplus

SECTION 7: TRAVEL TRAINING

SECCION 7: ENTRENAMIENTO PARA VIAJE

NOTE: Travel training is a personalized (individual or group) instruction that teaches the skills necessary to use regular bus service.

Nota: Entrenamiento para viaje es personalizado (individual o en grupo) y enseña las destrezas necesarias para usar sin problemas los autobuses de Hartline regulares.

1. Have you ever received travel training? Yes _____ No _____
¿H recibido usted entrenamiento para viajar? Si No

A.) If yes, which agency trained you? _____
De marcar si. ¿Cuál agencia le entrenó?

B.) If yes, indicate below all the skills you learned:
De marcar si. Indique todas las destrezas con que usted cuenta:

Travel to and from bus stops:
Viajar hacia la parada de bus:

Crossing streets:
Crusar la calle:

You learned the following routes:
Sabe usted las siguientes rutas:

Route # _____ Route # _____ Route # _____ Route # _____ Route # _____
Ruta # Ruta # Ruta # Ruta # Ruta #

Reading bus schedules and planning trips: _____ Other: _____
Leer los itinerarios de los autobuses y planificar viajes: Otros:

Did you complete the above described instructions? _____ Yes _____ No _____
¿Completó usted las instrucciones descritas arriba? Si No

2. Would you be interested in getting information about this service? _____ Yes _____ No _____
¿Le interesaría obtener información sobre estos servicios? Si No

If you checked “No” please explain why you are not interested in Travel Training.
Y si Ud. marco que “No” por favor explique por qué no está interesado en los entrenamientos de viajes.

HARTplus

SECTION 8: APPLICANT'S CERTIFICATION

SECCION 8: CERTIFICACION DEL SOLICITANTE

In compliance with the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), HART provides paratransit service (other than the regular bus service) to anyone with a disability, who qualifies and who cannot use the regular bus system and who is traveling within $\frac{3}{4}$ mile of a regular bus route. This shared-ride van service is intended only for those trips that the person cannot make on regular bus system. This application is intended to determine when and under what circumstances the applicant can use shared-ride van service. I understand that the purpose of this application is to determine if there are times when I cannot use the regular bus system provided and will need to use the shared-ride van system. I understand that all of the information concerning my disability and discussed in this application will be kept confidential and shared only with professionals that will be involved in the determination of my eligibility. I certify that, to the best of my knowledge, that all of the information in this application is true and correct. I authorize any professional-organization and/or agency listed in this application and on the professional verification form to release information relating to my disability to the ADA office to perform eligibility determinations.

Siguiendo lo estipulado por EL ACTA DE AMERICANOS DESABILITADOS DEL 1990 (ADA), HART provee servicios de paratransito (otro servicio fuera de autobuses regulares) a cualquier persona con incapacidad, quienes no pueden calificar y no pueden usar el sistema de autobuses regulares y quienes viven en un radio de $\frac{3}{4}$ de milla de la ruta del autobus. Los servicios compartidos de minibuses intentan agrupar a aquellas personas que no pueden llegar y usar los servicios regulares de autobuses. Esta aplicación, intenta determinar bajo que circunstancias el solicitante puede usar el servicio de minibuses compartidos, entendiendo que el propósito de esta aplicación es para determinar en qué ocasiones puede usar los servicios de autobuses regulares y cuando no, usar entonces el sistema de minibuses compartidos. Entiendo que toda la información concierne a mi incapacidad, discutida en esta aplicación será mantenida confidencial y usada solamente por un profesional que estará determinando mi elegibilidad. Certifico que, en lo mejor de mi conocimiento, toda la información en esta aplicación es cierta y correcta. Yo autorizo a cualquier organización y agencia listada en esta aplicación, para revisar y requerir información relacionada con mi incapacidad, hacia la oficina de (ADA) para la determinación de mi elegibilidad.

Applicant's Signature: _____ **Date:** _____

HARTplus

SECTION 9: PROFESSIONAL VERIFICATION FORM

This form must be completed by a Certified Health Professional:

SECCION 9: ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFECIONAL DE LA SALUD CERTIFICADO

Examples: Physician, Certified Nurses, Licensed Therapist etc...

For your convenience enclosed you will find a Medical Release Form which will expedite the process of your application. Please advise the Healthcare Provider this form must be completed promptly to help determine your eligibility for the ADA Paratransit Program. In accordance with federally mandated ADA (Americans with Disabilities) laws, provides paratransit services (door-to-door shared-ride van service) in specially-equipped vans to persons whose disability prevents them from using a regular bus system. Only professionals who have knowledge of the applicants' functional ability or limitations to use the regular bus system should complete this form. Please assist us in determining these individuals that, by reason of their disability are truly unable to use the regular bus system. You may use the reverse side of this form for specifics.

Applicant's Name: _____

I have known the applicant for the past: _____ **Year/s** **Month/s** **Week/s**

To ensure a prompt determination on this application, please answer all of the following questions:

1.) What is the disability that prevents the applicant from using the standard bus system? (Please be specific):

2.) How does the disability prevent the applicant from using the standard bus system? (Please be specific):

3.) Keeping in mind that all buses are 100% wheelchair accessible can the applicant ever use standard bus?

___ Yes ___ No ___ Sometimes

4.) Is this disability temporary? ___ Yes ___ No If yes, how long? _____

5.) On sensory or cognitive impairments, is the applicant able to? Please check Yes or No

Communicate addresses, destinations and telephone numbers upon request. ___ Yes ___ No

Ask for, understand and follow directions. ___ Yes ___ No

Recognize a destination or landmark. ___ Yes ___ No

Deal with unexpected situations or changes in routine. ___ Yes ___ No

Safely and effectively travel through crowded and or complex facilities. ___ Yes ___ No

Type of visual impairment: _____

Visual Impairment with best correction: Right eye: _____ Left eye: _____ Both eyes: _____

Visual fields: _____ Right eye: _____ Left eye: _____ Both eyes: _____

Any other effects stemming from the applicant's disability that HART should be aware of? ___ Yes ___ No

If yes, please describe:

Print your name: _____ **Title:** _____

Office Address: _____

Phone: _____ **License Number:** _____

Signature: _____ **Date:** _____

HARTplus

Request for Medical Information

Applicant Name _____ Social Security # _____ Date of Birth _____

Applicant Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Doctor's Name _____ Phone # _____ Fax # _____

I hereby authorize the release of the following information or records.

The above applicant is responsible for any charges.

Intake, psychological, psychiatric evaluations: Treatment notes and summaries:

Medical History/Record:

Other (please specify): _____

(Please print name): _____ (Applicant) has applied for enrollment in the Americans with Disabilities Act ADA Door-to-Door Transportation Program. The ADA/door-to-door service provides transportation for persons with disabilities as well as travel training. The information requested is necessary to complete the application process to determine if the individual qualifies for the program. The information will be treated confidential and will remain in the ADA Paratransit Department.

ADA Paratransit Representative

Date

This information may not be disclosed to any further party or agency. I understand that I have the right to inspect the information which will be released through this authorization and such inspection will be noted in writing, in the file of the person about whom the information is being released, obtained, or exchanged. I understand that this consent is subject to revocation at any time by sending written notice to the ADA/Door-to-Door Program. This release expires three years from current date.

Signature of Applicant

Signature of Parent or Guardian

Date