

Metro Paratransit

Formulario de evaluación en persona: Traer el formulario completo a su evaluación.



Número de Medicaid: _____

Título (encerrar lo que corresponda): Sr. Sra. Dr.

Apellido _____ Primer Nombre _____ M.I. _____

Dirección Actual _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la Residencia (en caso que sea apropiado): _____

Números de Teléfono/Casa: _____ Cel: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: [] M [] F

***Traer su ID actual y /el pase de autobús del empleador o de la escuela.**

Dirección Postal: dónde se deberá enviar toda la información/ notificaciones con respecto a Metro Paratransit (por favor incluir solamente **una** dirección postal):

[] Igual a la dirección del solicitante, o

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la persona de contacto (si corresponde): _____

Teléfono: _____ Agencia: _____

En caso de emergencia, indique los nombres de dos personas que Metro puede contactar; médicos, familia, agencias u otras personas que estén familiarizadas con su incapacidad:

Nombre: _____ Trabajo/Cel# _____ Casa# _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación _____

Nombre: _____ Trabajo/Cel# _____ Casa# _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Relación _____

¿Cuál es su diagnóstico/ incapacidad?

¿Utiliza una silla de ruedas o un scooter? : ¿Cuánto mide de ancho? _____ Pulgadas.
¿Cuánto mide de largo? _____Pulgadas. ¿Cuánto pesa **al estar ocupado** (peso total)? _____ libras
*Esta información no es utilizada para determinar su elegibilidad para paratransit. Es responsabilidad del solicitante conocer las dimensiones de su medio de locomoción y si éste excede o no los estándares mínimos especificados por ADA.

***METRO debe poder verificar la incapacidad que usted indique. Por favor incluya documentación de prueba relacionada con su incapacidad y esté preparado para explicar los motivos por los que usted es apto y no apto para utilizar el servicio de autobuses de ruta fija de METRO. Si usted tiene sensibilidad al calor/ frío determinada por un médico, tenga a bien incluir la documentación médica con el rango de temperaturas que usted puede tolerar.**

Para verificar su incapacidad, por favor indique los nombres de dos profesionales, que pueden ser médicos, agencias u otras personas que sepan de su incapacidad, si fuera necesario verificar la información:

Nombre: _____ Teléfono #: _____
Dirección: _____ Título: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre: _____ Teléfono #: _____
Dirección: _____ Título: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Divulgación de Información

Yo, el solicitante, comprendo que el propósito de este formulario de solicitud es determinar si soy elegible para utilizar el Servicio Metro Paratransit. Estoy de acuerdo en dar mi información a Metro y a cualquier panel evaluador de elegibilidad, y comprendo que la información aquí expuesta será tratada confidencialmente. Además comprendo que Metro se reserva el derecho de solicitar información adicional a su discreción. También autorizo al Servicio Metro Para Transit a referir y a intercambiar información del solicitante con Dane County Travel Training Program (Programa de Entrenamiento para Viajes del Condado de Dane). Se requiere firma original. No se aceptarán copias o fotocopias de la firma (por favor no envíe este formulario por fax ni por correo electrónico).

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Nombre del Solicitante en Imprinta _____

Nombre del Preparador en Imprinta _____ Si el preparador representa una agencia, por favor escriba en imprenta el nombre de la agencia aquí: _____ Teléfono # _____

Firma del Padre o del Guardián Legal _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Madre o Guardián Legal en Imprinta _____

Yo _____ (nombre en imprenta) completé esta solicitud y soy responsable de la verdad y la precisión de su contenido. Gracias por completar esta solicitud.

Por favor traiga en persona el formulario completo y los documentos a su evaluación.
