

MST

MONTEREY-SALINAS TRANSIT

INSTRUCCIONES PARA APLICAR AL PROGRAM DE MONTEREY-SALINAS TRANSIT (MST) RIDES ADA PERSONAS CON IMPEDIMENTOS

PRIMER PASO

MST RIDES provee servicio de la puerta de su casa a la puerta de su destino. Este servicio de transportacion es disponible desde el punto de origin hasta el punto de destino para personas con impedimentos dando servicio tres cuarto de milla dentro de las rutas fijas, en cualquier lado que sirve MST. Si Ud. piensa que tiene un impedimento, (incluyendo movilidad o impedimentos mentales) el cual le impida usar independientemente el transporte de las rutas fijas ya establecidas de MST, las paradas de autobus y/o vehiculos de transportación, favor de completar el formulario de aplicación adjunta. Esta aplicacion se usara para determinar la elegibilidad de cada cliente, antes de que puedan utilizar el programa de MST RIDES.

Todas las preguntas deberan ser contestadas o la aplicación se le **regresara**. Por favor escriba **claramente** con letra de molde en tinta o máquina de escribir . Si no entiende alguna pregunta, no la deje en blanco, conteste lo mejor que Ud. pueda.

Si Ud. requiere la aplicación u otra información en otro formato, puede pedirla a Monterey-Salinas Transit. La aplicación esta disponible en letra grande, en diskete de computadora o en cinta de audio.

SEGUNDO PASO

Despues de completar la aplicación favor de enviarla al siguiente domicilio:

**RIDES-Oficina de Certificación
Monterey-Salinas Transit
150 Del Monte Avenue
Monterey, CA 93940**

Es necesario que todas las preguntas de la aplicación sean contestadas y escritas claramente.

Es necesario que las aplicaciones sean firmadas. Cualquier aplicación que este incompleta se le regresara, causando demora en el proceso de certificación.

Es posible que MST requiera información adicional despues de recibir su aplicación para determinar su elegibilidad. Un analista de certificación de MST podria:

1. Comunicarse con Ud. o con un profesional con licencia que este familiarizado/a con su incapacidad.
2. Pedirle someterse a una evaluación en persona .
(MST RIDES le provera transportación de cortesía para todas las evaluaciones que requieran su presencia)

Tome nota: Una verificación por escrita de un profesional con licencia **no significa** que automaticamente califica para el servicio de MST RIDES ADA.

TERCER PASO

Una vez que se determine su incapacidad de usar independientemente el transporte regular de MST, se hará una **Determinación de Elegibilidad**. La elegibilidad será basada en uno o más de las siguientes tres categorías como lo es mandado por la ley Federal, La Ley para Personas con Incapacidades (ADA).

Categoría 1: Incapacidad del individuo a usar el sistema de autobús de rutas fijas por sí mismo.

Categoría 2: La ruta fija de autobús o parada de autobús de la cual el individuo desea viajar aún no es accesible.

Categoría 3: Incapacidad del individuo de ir o regresar a la parada del autobús debido a un impedimento o barrera física.

CUARTO PASO

Si se determina que **es elegible** para el servicio de MST RIDES, Ud. recibirá una carta de aprobación **dentro de 21 días** de recibir su aplicación. La carta incluirá instrucciones como utilizar el servicio y como obtener su tarjeta con su foto que lo identificaría como usuario de MST RIDES.

Si se determina que Ud. no es elegible bajo cualquiera de las tres categorías que indica el ADA, Ud. recibirá una carta explicándole detalladamente el porque su aplicación fue negada. La carta incluirá información detallada en el proceso de apelaciones si Ud. no está de acuerdo con la decisión sobre su elegibilidad.

INFORMACIÓN GENERAL

El departamento de Determinación de Elegibilidad de MST RIDES esta abierta de lunes a viernes, 8:00AM a 5:00 p.m., ubicada en 150 Del Monte Avenue, Monterey, CA 93940. Para información sobre elegibilidad de MST RIDES, favor de llamar al (831) 393-8157.

Todos los servicios de MST se aceptan las personas en sillas de rueda.

Díganos De Sus Incapacidad y Condiciones De Tu Salud

1. a. Cual es su **INCAPACIDAD** o **CONDICIÓN** de salud que le impida usar el transporte público?

.....
.....
.....

b. Explique **COMO** su impedimento o condición de salud le impide usar las rutas fijas del servicio de autobús.

.....
.....
.....

c. Lea por favor las declaraciones siguientes y verifique el que describe mejor su incapacidad

- Tengo una incapacidad temporaria; solo necesito los RIDES a hasta que recupere me
- Es difícil recordar todas las cosas para usar el autobus de cuida
- Puede usar el bus independientemente
- Tengo una incapacidad visual, que me no puedo usar el autobus de la ciudad
- Tengo una incapacidad (las incapacidades) eso causa que mí tenga un día Bueno(s)/día Malo (días)
- Yo nunca puedo el autobus solo mismo
- Puedo utilizar Autobús urbano para algunos viajes pero no otros
- Creo que puedo aprender a usar Autobús urbano si alguien uno me enseña

d. Estas recievendo tratamiento oy? Si No
Si si, cuan largo cuanto tiempo recibes tatramiento?

- 1-3 mes 3-6 mes 6-9 mes
- 9-12 mes sobe un año

e. Que tratamiento recibe usted

- Nada la Fisioterapia la Químioterapia
- la Radiacion el Dialisis la Psicoterapia
- No Inmovilizacion de cojinete de Peso
- Inmovilizacion de Peso Soportando
- el Viaje que entrena Rehabilitacion la Cirugia
- Nueva Medicina Medicina Convalecencia
- otra

Díganos Dé Sus Incapacidad y Sus Necesidades De Su Viaje

2. Como viaja actualmente a sus destinos más frecuentes ? Marque las que apliquen: _____Autobuses publicos _____Alguien me lleva _____
Yo solo/a manejo _____Taxi Otro: _____

3. Puedes ayar para ir y viener de tu viaje sin alguien to ayuda
___Si ___No (marcas todo que estan aplicado)
___Me confundo y no acuerdo donde voy
___Necesitó una persona que me llevan y tran de la parade del autobús
___Necesitó algun que me ayuden cambiar a otro autobus
___Otro: _____

Indique cuantas cuandras de la ciudad puede viajar dependientement: _____

4. Puedes indentificar las paradas correcto del autobus
___Si___No___A veces (si **no** o **a veces explique por qué?**)

5. Puedes llegar y regresa a la parade publico mas cerca de tu casa?
___Si___No___A veces (si **no** o **a veces explique por qué?**)

6. Puedes identificar el transito publico?
___Si___No___A veces (si **no** o **a veces explique por qué?**)

7. Podría esperar más de 15 minutos? _____Si_____ No_____ a veces.
Si contesto sí, cuantos minutos_____? Podría esperar si hubiera un asiento
o una parada con refujio_____ Si _____ No _____a veces,_____

8. Tiene usted la habilidad de subir y bajar de los siguientes tipos de vehículos de transporte público sin ninguna asistencia?

Autobús Público: Si _____ No _____ a veces _____
Taxi: Si _____ No _____ a veces _____

Si contesto **no** o **a veces** explique por qué:

9. Tiene usted la habilidad de subir o bajar del autobús de transporte público si esta equipado con levantamiento de sillas de ruedas? Si ___ No ___ a veces ___
___ No se, nunca lo he intentado. (si **no** o **a veces** explique por qué?)

10. Tiene usted la habilidad de sostenerse del la barra o de sostener monedas o Boletos mientras sube o Si contesto **no** o **a veces** explique por qué:

11. Tiene la habilidad de mantener su balance y tolerar el movimiento del vehículo de transporte público cuando Ud. esta sentado /a? Si ___ No ___ a veces ___
Si contesto **no** o **a veces** explique por qué: _____

12. Ha tenido Ud. algún entrenamiento o instrucciones de enseñanza en como usar el servicio público? (autobús) Si ___ No ___ Si contesto sí, donde y cuando recibio este entrenamiento? _____

Si contestan no, quesen mas information gratis, pa que usan el transito publico? ___ Si ___ No

13. Es accesible el transporte público que Ud. necesita?
Si _____ No _____ a veces _____ no se, nunca lo he usado
Si contesto, **no** o **a veces** explique por qué no es accesible.

14. Usa Ud. algún equipo o aparato especializado de los siguientes marque todos los que use :

[_____] Silla motorizada _____ ancho _____ largo _____ peso(lbs)

[_____] Silla motorizada _____ ancho _____ largo _____ peso(lbs)
Grande

[_____] Scooter motorizado _____ ancho _____ largo _____ peso(lbs)
(De tres ruedas)

[_____] Silla manual _____ ancho _____ largo _____ peso(lbs)

- Nota: Cualquier silla o scooter que exceda 30" pulgadas de ancho, 48" pulgadas de largo o mas de 2 pies de altura o 600 lbs. en peso cuando la persona esta sentada en la silla no podra ser transportado por los vehiculos de MST RIDES.

[_____] Baston [_____] Tabla de comunicación [_____] Aparato ortopedico

[_____] Baston Blanco [_____] Animal de servicio [_____] Andadera

[_____] Otra ayuda

a.) Si usas silla de ruedas puedes empujar solo?

___ Si (Desde lejos?) _____

___ No (Explica por que) _____

15. Necesario Ud. un asistente personal cuando viaja fuera de su hogar?
(Por ejemplo, para empujar su silla de ruedas, cargar su oxígeno, etc.)
Si _____ No _____ a veces

Nota: Si aprobado el PCA necesita estar registrado con la programe de MST RIDES.

16. Usa Ud. actualmente un servicio de transporte para personas con impedimentos (marque uno):

Si ___ No ___ a veces _____ Nombre de el proveedor :



MONTEREY-SALINAS TRANSIT

Yo certifico que la información en esta aplicación es **verídica y correcta**. Yo entiendo que se me podrá negar el servicio si la información en esta solicitud es falsificada. Yo entiendo que toda información se mantendrá confidencial, y solo la información que se requiera será revelada al proveedor de servicio el cual me brinde los servicios. **Yo entiendo que puede ser necesario ponerse en contacto con un profesional que este familiarizado/a con mis habilidades físicas funcionales para usar el transporte público para ayudar en la determinación de elegibilidad.**

Firma de Aplicante Fecha

__Aplicante

__Poder Designado

__Guardián Legal

AUTORIZACION PROFESIONAL

Esta carta es para permiso a agarrar información a un profesional que tiene licencia. No necesitas llevar esta con un médico o alguien que tiene licencia. No más completa la información que piden con el número del fax también. Firmas abajo para que pueden agarrar información que de tu discapacidad.

Médico o Médico de Mental Con Licencia Necesita Verificar

Por favor marca todo que es aplicado:

___ Medical Doctor

___ Optometrist

___ Psychologist (Ph.D)

___ Physician Assistant

___ Chiropractor

___ Masters in Social Work/LMSW

___ Nurse Practitioner

___ Recreatinal, Physical or occupational Therapist

___ MDS Nurse (skilled Nursing Facility) Otra:

Yo autorizo

Nombre de profesional con licencia que este familiarizado/a con su impedimento o su condición médica.

.....
Domicilio

.....
Número de teléfono

.....
Número de fax

Permiso para entregar a la agencia local de transporte público la información necesaria de mi impedimento para poder verificar mi elegibilidad al servicio para personas con impedimentos. La información entregada será usada solamente para determinar mi elegibilidad. Yo entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

.....
Nombre de Aplicante
(letra de molde)

.....
Fecha (cuando firmo)

.....
Firma de Aplicante