

Servicios del Transit del Condado de Frederick

Aplicación para el Transit-plus

Esta solicitud es para Transit-plus, el servicio de transporte de viaje compartido y programado, operado por Transit Services del Condado de Frederick, para **personas en la tercera edad y personas con discapacidades**. Encontrará más información sobre el servicio en nuestro folleto Transit-plus. Si está certificado(a) como elegible para usar Transit-plus, se le proporcionará una lista completa de políticas y procedimientos para utilizar el servicio de Transit-plus.

Esta aplicación está dividida en cinco secciones. Todos los solicitantes deben completar las primeras cuatro secciones. La última sección es la Certificación Profesional de la discapacidad del solicitante. La certificación profesional solo se exige para aquellas personas que presenten una solicitud en función de su discapacidad.

1. La Sección I solicita información general sobre el solicitante.

2. La Sección II solicita información de elegibilidad. Puede calificar para Transit-plus según la edad y / o discapacidad.

- Si realiza la solicitud según la edad (60+), debe adjuntar una copia de un documento que proporcione prueba de su edad, como su certificado de nacimiento o una licencia de conducir.

- Si está presentando una solicitud por discapacidad y no es una persona en la tercera edad, debe proporcionar certificación profesional de su discapacidad con su médico u otro profesional familiarizado con su discapacidad y éste deberá completar la Sección V (última sección).

3. La Sección III solicita los tipos de asistencia que necesita para viajar o comunicarse.

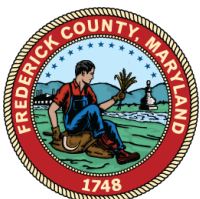
4. La Sección IV le solicita que certifique la información que ha proporcionado en esta solicitud.

Envíe por correo su aplicación completada a:

**Attn: Transit-plus
Transit Services of Frederick County
1040 Rocky Springs Road
Frederick, Maryland 21702**

Usted también puede enviar la aplicación completada por Fax al 301-600-3471 o por correo electrónico a transit@frederickcountymd.gov.

Usted recibirá una carta de elegibilidad del Transit-plus entre dos semanas si es aprobado. Si tiene preguntas o necesita ayuda en completar esta aplicación favor llamarnos al (301) 600-2065 x2.



SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: Celular: _____ Casa: _____
Comprueba si usas Maryland Relay: _____ Fecha de: _____
Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____
¿Cómo desea recibir alertas para sus viajes programados?
☐ Llamada Telefónica ☐ Mensaje de Texto ☐ Correo Electrónico

Persona(s) a notificar en caso de emergencia:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: Casa: _____ Lugar del Trabajo: _____
Parentesco con el solicitante: _____

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Soy elegible a usar el Transit-plus porque lleno uno (o más) de los siguientes requisitos (marque todos los aplicables):

☐ Tengo 60 años de edad o más y he sometido una copia de por lo menos uno de los comprobantes:

- ☐ Partida de Nacimiento ☐ Certificado de Bautizo ☐ Licencia de Conducir
☐ Certificado de Matrimonio ☐ Carnet de Identificación del MVA
☐ Otro (especifique): _____

y/o

☐ Tengo la siguiente discapacidad: _____

¿Se le hace difícil viajar usando el servicio de autobuses de rutas fijas por motivo de su discapacidad?

☐ No ☐ Sí (favor describa): _____

¿Es su discapacidad temporal? ☐ Sí, hasta la fecha de _____
☐ No, es permanente.

Si usted está solicitando el Transit-plus en base a su discapacidad, asegúrese de tener completada la Sección V por un médico, especialista en rehabilitación o algún otro profesional familiarizado con sus habilidades y discapacidades.

SECCIÓN III: INFORMACIÓN ACERCA DE LA AYUDA

A. Movilidad

Favor indique cuál dispositivo de movilidad es la que usted usa al viajar, y cuán a menudo.

	<u>A veces</u>	<u>Siempre</u>
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scooter de 3-ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bastón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparatos de soporte (tirantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxígeno/Ventilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique:)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usa silla de ruedas, scooter, o algún aparato de movilidad similar, favor indicar:

Fabricante: _____ Modelo: _____ Fuente de energía: _____

Peso total combinado entre usted y la silla de ruedas en libras: _____

Dimensión aproximada en pulgadas: Ancho: _____ Largo: _____

Prefiere ser transferido(a) a un asiento en el vehículo del Transit-plus? No ☐ Sí ☐

Si indicó que Sí, ¿puede transferirse sin ayuda? ☐ No ☐ Sí

¿Necesita la ayuda de un asistente para viajar? ☐ No ☐ Sí ☐ A veces

Si indicó que sí o a veces, nombre del asistente: _____

*Transit-plus **no** provee asistentes.

¿Utiliza un animal de servicio al viajar? ☐ No ☐ Sí ☐ A veces

Si indicó sí o a veces, tipo de animal: _____

Entrenamiento recibido por el animal: _____

¿Puede usted viajar de su puerta hasta la orilla de la calle o estacionamiento sin ayuda?

☐ Sí ☐ No – Si indicó que no, ¿qué clase de ayuda necesita? _____

B. Ayuda Comunicativa

De persona a persona, ¿su comunicación es en inglés hablado? ☐ Sí ☐ No – Si indicó NO, ¿de qué otro método se comunica (por ejemplo, otro idioma, seña de manos, labios)? _____

Si necesitara información por escrito, y lo necesita en una forma alterna, favor especifique:

Imprenta grande

Otro (especifique): _____

¿Lee en Braille? ☐ Sí ☐ No

¿Comprueba si usas Maryland Relay? ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN IV: CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que precede es veraz y correcta. Entiendo que Transit puede que verifique esta información. Entiendo que Transit puede que utilice esta información para programar servicios de transporte y que puede proveer dicha información al conductor. Si resultara elegible para el uso de Transit-plus, me comprometo a seguir las normas y regulaciones del Transit.

Firma: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud fue completada por otro individuo en nombre de la persona solicitando el Transit-plus, favor llene sus datos a continuación:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Lugar de trabajo: _____

Relación con el solicitante: _____

~~~~~

## SECCIÓN V: CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Esta certificación solo es requerida para los individuos que han solicitado elegibilidad para usar el Transit-plus en base a una discapacidad. **No es necesario para las personas en la tercera edad.** Un profesional familiar con sus habilidades y discapacidades deberá completar este formulario. Dicho profesional puede incluir un doctor, asistente médico, enfermera titulada, especialista en rehabilitación, consejero(a) en un asilo de vida independiente, trabajador social, psicólogo, o consejero(a) de salud mental.

Nombre del Profesional: \_\_\_\_\_

Ocupación/Título: \_\_\_\_\_

Organización: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ voz Maryland Relay

Certifico que el individuo solicitante mencionado arriba tiene la discapacidad a continuación (favor describa la naturaleza de su minusvalía y la manera en que afecta su movilidad):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Es mi opinión profesional que la discapacidad de este individuo es:

☐ Permanente ☐ Temporal (duración esperada: \_\_\_\_\_ )

Firma del Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_