



Solicitud de Recertificación

**Toda información permanecerá confidencial
Favor de llenar en tinta negra o azul**

Los mandatos del Americans with Disabilities Act (ADA) requieren que Easy Lift Transportation recertifique a todos sus pasajeros cada tres años.

En caso de devolver esta solicitud incompleta resultará en la demora de sus servicios de transporte. Por favor asegúrese que todas las preguntas en esta solicitud estén contestadas. Usted o alguien familiarizado/a con su condición puede completar este formulario.

Si se necesita más documentación para realizar una evaluación, usted será contactado por el Coordinador de Elegibilidad.

Cuando la aplicación este completa, favor de enviarla a:

Easy Lift Transportation
53 Cass Place, Suite D
Santa Barbara, CA 93117

Entre 21 días de recibir su aplicación completa, usted va hacer notificado(a) sobre la posición de su aplicación.

Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación, puede hablar con el coordinador de elegibilidad al (805) 845-8963.

Sección 1

Aplicación de Elegibilidad Para el Servicio Para tránsito

*De ser completada por el aplicante o asistente
Favor de escribir a maquina o a mano la siguiente información*

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M F

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____ Complejo: _____

Si su residencia está en una comunidad cerrada, favor de proveer el código: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____ Celular: _____

Email: _____

Dirección Postal: (Si es diferente a la anterior) _____

*Favor de dar el nombre de un amigo o familiar **Local** por cualquier emergencia*

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____ Celular: _____

Email: _____

TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y NO VA SER REVELADA A OTROS

1. ¿Cuál es su condición de salud o incapacidad que previene que usted use la transportación pública? _____

2. Su condición es: Temporal Permanente

¿Si temporal, cuanto tiempo necesita de nuestros servicios? _____

3. ¿Necesita traer a un asistente que le ayude cuando viaje? Si, siempre Si, aveces No

4. ¿Usted puede viajar solo y ser dejado solo? Si No

5. ¿Cuáles de las siguientes movilidades usa, si alguna?

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de Rueda eléctrica | <input type="checkbox"/> Animal de servicio/guía |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de Rueda manual | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil | <input type="checkbox"/> Ninguno |

6. Por favor indique el nombre y el número de teléfono de la persona responsable de reservar transportación _____

7. Usted y su silla de rueda son un peso combinado de más de 600lbs?* Si No

***Por favor Note:** Una silla de rueda u otro servicio de movilidad deben de caber en nuestros ascensores de autobuses. Es recomendable que cuando su silla se mida 2" del piso no sea más grande de 30" de ancho, 48" de largo y que pese menos de 600 libras cuando este ocupada.

Sección 2

INFORMACION SOBRE SUS HABILIDADES FUNCIONALES

Favor de contestar las siguientes preguntas con detalle – sus respuestas específicas sobre las preguntas nos ayudaran en determinar su elegibilidad.

Sin la ayuda de alguien más, usted puede....

	Siempre	Aveces	Nunca	No Se
1. ¿Pedir y entender instrucciones escritas o verbales?				
2. ¿Puede cruzar la calle?				
3. ¿Puede permanecer parado por 15 minutos si no hay un lugar en donde sentarse?				
4. ¿Puede subir y bajar de la banqueta?				
5. ¿Usted sabe regresar a la parada de autobús si alguien le ensena donde esta una o dos veces?				
6. ¿Puede subir y bajar tres (3) escalones si hay un pasamanos?				
7. ¿Puede subir y bajar un tramo de escalones si hay un pasamanos?				
8. ¿Si hay una barandilla presente, puede usted mantenerse parado en un autobús que está en movimiento?				
9. ¿Si el viaje requiere cambios de autobús, sabría usted donde bajarse y tomar el siguiente autobús?				
10. ¿Hay paredes, barreras u obstáculos que obstruyen el camino a la parada más cercana?				

11. ¿Bajo las mejores condiciones, cual es lo más lejos que usted puede caminar (con su aparato de movilidad) sin la ayuda de otros?

- Menos de 1 cuadra 1 cuadra 2 cuabras (1/4 milla) 4 cuabras (1/2 milla)
 6 cuabras (3/4 milla) Mas de 6 cuabras Yo no puedo caminar afuera, nunca

12. ¿Hay alguna otra cosa que le gustaría agregar sobre su condición de salud para nosotros poder entender mejor?

Sección 3

CERTIFICACION DEL APLICANTE

- Yo, certifico que, de acuerdo a mi mejor conocimiento, la información dada en esta aplicación es correcta.
- Yo entiendo que esta aplicación va ser devuelta si no está completa.
- Yo entiendo que los resultados del repaso de mi aplicación serán basados en mi habilidad de usar la transportación pública y puede requerir información adicional mía, como un teléfono o entrevista personal o una consulta adicional con mi medico u otro profesional.
- Yo estoy de acuerdo en notificar a Easy Lift Transportation, Inc. si ya no voy a necesitar el servicio ADA paratransito.
- Entiendo aún más que mi aprobación de elegibilidad para ADA Paratransito puede ser revalorada o revocada en cualquier momento, si la elegibilidad fue otorgada basada con información que ha sido encontrada inexacta, falsa, o que ha cambiado de forma significada para autorizar un cambio en categoría.

• **Firma del solicitante** _____ **Fecha:** _____

Si alguien que no sea el aplicante completa esta aplicación, su información tiene que ser proporcionada.

Nombre de la persona completando o asistiendo con la aplicación (*favor de imprimir*)

Relación con el solicitante: _____

Firma del Asistente: _____ **Fecha** _____

Teléfono (día): (____) ____ - _____ Teléfono (noche): (____) ____ - _____