



Ozark Regional Transit
Aplicación para Elegibilidad de Transito ADA

Actualizada 10/7/21

Fecha Recibida por ORT: _____

Si necesita asistencia para completar esta aplicación, llame a ORT al (479)756-5901

Envíe su aplicación por correo electrónico a paracert@ozark.org o por correo, a Ozark Regional Transit: Atte: ADA Coordinador, 2423 E. Robinson Ave. Springdale, AR 72764 o envíe la solicitud por fax al (479) 756-2901

Información de Contacto Personal

Nombre	Masculino/Femenino	Correo Electrónico
Domicilio	Ciudad	Código Postal
Dirección de Envió	Ciudad	Código Postal
Teléfono Hogar	Celular	Teléfono de Trabajo
Fecha de Nacimiento	Idioma Principal	Número de Medicaid
Contacto de Emergencia-Relación	Dirección	Teléfono
Persona Asistiendo a Completar la Aplicación	Parentesco	Teléfono

Medios Preferidos/Tipo de Comunicación

___ Imprimación Regular ___ Imprimación Grande ___ Correo Electrónico

Información sobre Discapacidad

Anote cualquier Condición de Salud o Discapacidad (permanente o temporal) y como afectan su habilidad para andar a su alrededor o que le prohíba viajar 3/4 de una milla.

1. Su discapacidad es permanente? Si No – Duración Esperada / /

2. ¿Alguna vez ha tenido una convulsión? Si No

Si sus trastornos convulsivos son su discapacidad principal incluya la “Forma Suplementaria de Epilepsia y Trastornos Convulsivos”.

Que tipo? ¿Con que frecuencia?

¿Sus convulsiones son controladas con medicamentos? Si No

3. ¿Tiene una discapacidad visual que le limite o le impida viajar por su cuenta?
 Si No

Si su discapacidad principal es la vista, utilice la
“Solicitud de ADA para Discapacidad de Visión.”

4. ¿Tiene alguna condición de memoria, cognitiva o mental que limiten o le impida viajar por su cuenta? Si No

5. Alguna vez ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Meningitis Bacterial	<input type="checkbox"/> Traumatismo Craneal Cerrado
<input type="checkbox"/> Tumor del Cerebro	<input type="checkbox"/> Encefalitis Viral	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral
<input type="checkbox"/> Alzheimer	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Síndrome Tourette's	<input type="checkbox"/> Otro - Especifique: <input type="text"/>	

6. Usted usa alguno(s) de los siguientes?

Silla de Ruedas Manual

Silla de Ruedas Electrica

Bastón Blanco (Para discapacidad visual)

Andador

Muletas

Otro _____

Animal de Servicio

Bastón

Oxígeno portátil

Asistente

Aparato Ortopédico

7. Anote todos los medicamentos que actualmente está tomando y las razones.

Movilidad

1. Los días que su **estado físico es bueno**, cuál es la distancia máxima que puede viajar sin la ayuda de otra persona? (Con su aparato principal de movilidad si es aplicable)

A la curva en frente de su casa. Explique porque- _____

Viajar hasta 1 cuadra (500 pies)

Viajar hasta 2 cuadras

Viajar hasta 4 cuadras

Viajar hasta 6 cuadras

Viajar hasta 9 cuadras

No puedo viajar fuera de mi casa por mi cuenta. Explique porque-

2. ¿Puede cruzar con seguridad las siguientes intersecciones? Si o No

En calles pequeñas con poco tráfico (Sin controles de tráfico)

En pequeñas intersecciones con controles de tráfico

En intersecciones ocupadas con múltiples carriles con controles de tráfico

Explique: _____

3. ¿El clima tiene algún efecto en su capacidad para movilizarse o utilizar el autobús?

Si No Yo no se

En caso afirmativo, ¿de qué manera? _____

4. ¿Puede esperar 15 a 30 minutos en una parada de autobús que tenga un asiento?

Si No ¿Por qué no? _____

5. ¿Puede esperar 15 a 30 minutos en una parada de autobús que no tenga un asiento?

Si No – ¿Por qué no? _____

6. ¿Puede esperar 15 a 30 minutos en una parada de autobús que no tenga un refugio?

Si No - ¿Por qué no? _____

7. ¿Usted puede entrar y salir de un autobús con 3 escalones empinados?

Si No ¿Por qué no? _____

8. ¿Usted puede subir y bajar del autobús si tiene un ascensor? Si No

¿Por qué no? _____

9. ¿Cambia su condición física de día en día?

Sí, mi condición física es buena en ciertos días y muy mala en otros.

Esplique en qué manera: _____

No, prácticamente mi estado físico es el mismo de día en día.

10. ¿Es usted capaz, por su propia cuenta, trasladar de un autobús a otro?

Si No

¿Por qué no? _____

11. ¿Puede usted ir y venir de la parada del autobús más cercana a su casa sin la ayuda de otra persona? Si No - ¿Por qué no? _____

12. ¿Usted puede seguir instrucciones escritas o verbales para pagar su pasaje de autobús?

Si No - ¿Por qué no? _____

13. ¿Usted puede reconocer cuando es el momento de subir o bajar del autobús?

Si No - ¿Por qué no? _____

Habilidades Cognitivas

1. ¿Puede usted dar su nombre, dirección, y número de teléfono si se le pregunta?

Si No Explique: _____

2. ¿Puede usted dar al conductor su destinación si se lo preguntan? Si No

Explique: _____

3. Puede usted reconocer su destinación o las marcas del lugar desde adentro del autobús?

Si No Explique: _____

4. ¿Puede usted pedir, entender y seguir instrucciones verbales para utilizar el autobús?

Si No A Veces Explique: _____

5. ¿Puede usted seguir instrucciones escritas para utilizar el autobús?

Si No - ¿Por qué no? _____

6. ¿Usted puede por su cuenta usar el teléfono para obtener información sobre los autobuses?

Si No - ¿Por qué no? _____

7. ¿Usted supiera qué hacer si las cosas no pasaran como deben o como usualmente pasan?

Si No A Veces Explique: _____

8. ¿Tiene usted una enfermedad mental o cognitiva ya diagnosticada?

Yes No Nombre: _____

9. ¿Si tiene un trastorno mental, ¿está siendo asistido o controlado con medicamentos?

Medicamentos: _____

10. ¿Existen problemas de comportamiento debido a su condición mental o cognitiva que ORT deba tener en cuenta?

Preguntas sobre el uso de Servicios de Autobús

1. ¿Alguna vez ha usado ORT o el servicio de los autobuses Razorback? Si No

2. ¿Utiliza actualmente ORT o el servicio de los autobuses Razorback? Si No
¿Qué rutas? _____

3. ¿Ha participado en el programa de tarifa reducida de ORT (Discapacitados y Personas Mayores) para nuestras Rutas Fijas?

Si No

Discapacitados/Personas Mayores 60 -74 son \$.60 por viaje o \$15 por mes
Personas Mayores de 75 son GRATIS

4. ¿Dónde está la parada de autobús más cercana (o lugar para levantarlos) de su casa?

5. ¿Qué rutas dan servicio a su vecindad? _____

6. ¿Usted puede viajar hacia y desde la parada de autobús más cercana sin la ayuda de otra persona?

Si No A Veces Explique: _____

7. ¿Cómo sabe cuándo y dónde bajarse del autobús?

Le pido al conductor que anuncie mi parada.

Les pido a otros pasajeros que me ayuden.

Puedo ver mi parada desde el interior del autobús.

Otros - explique _____

8. ¿Cuándo fue la última vez que utilizo el autobús de las Rutas Fijas?

9. ¿Qué es lo de viajar en los autobuses de las Rutas Fijas más difícil para usted?

10. ¿Qué situaciones específicas le IMPIDEN utilizar el servicio de las Rutas Fijas?

Entrenamiento para Viajar

Entrenamiento de viajes está disponible gratuitamente para cualquier persona con una discapacidad que le permita utilizar un autobús accesible. Es para familiarizarlos con el servicio en general o para ayudarlo a aprender un viaje específico. Entrenamiento para utilizar las rutas fijas NO TE HACE inelegible para el Paratransito.

1. ¿Alguna vez ha tenido entrenamiento para utilizar autobús? ___Si ___No

2. ¿Terminaste el entrenamiento? ___Si ___No- ¿Por qué no? _____

3. ¿Estaría interesado(a) en entrenarse para utilizar los autobuses de ORT? Sí___ No ___

Sus Viajes Actuales

Anote sus más recientes destinos

Como llega ahora



Ozark Regional Transit ADA Paratransit Acuerdo de Aplicación

Yo confirmo que toda información proporcionada es cierta en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que mi solicitud y la verificación profesional de todas mis afirmaciones serán devueltas si ambas partes no están completas. Yo entiendo que todo reclamo está expuesto a revisión y verificación. Cualquier reclamación falsa, representación falsa, o el negarse a proporcionar verificación profesional, resultara en el rechazo de mi aplicación.

Estoy de acuerdo que si soy certificado(a) para el servicio de ADA Paratransit de Ozark Regional Transit, yo:

- Pagar la tarifa exacta para cada viaje.
- Notificar a ORT de cualquier cambio en mi condición o situación que pudiera afectar mi elegibilidad.
- Cumplir con todas las pólizas y procedimientos de ORT.

Yo entiendo que él no cumplir con las normas y procedimientos de ORT puede resultar en la suspensión del servicio o la revocación de mi solicitud y mi derecho en participar con el servicio ADA Paratransit de ORT.

Yo entiendo y estoy de acuerdo en mantener a Ozark Regional Transit inocente contra cualquier reclamación o responsabilidad por daños o perjuicios a alguna persona, propiedad o lesión sufrida como consecuencia de la falta de mantenimiento y/o seguridad del equipo adaptivo o guía certificado/animal de servicio que yo requiero para movilizarme.

Yo autorizo a Ozark Regional Transit a verificar todas las reclamaciones con el profesional designado, y dar la autorización profesional para liberar cualquier información necesaria para completar el proceso de la aplicación.

Firma	Fecha
-------	-------

Firma de la Persona Alternativa Completando la Aplicación	Fecha
-----------------------------------------------------------	-------

Professional Designado(a)	Position en Relación al Pasajero	Teléfono
---------------------------	----------------------------------	----------



Ozark Regional Transit
Aplicación de Elegibilidad para ADA Paratransit
Forma Suplementar de Epilepsia & Trastornos Convulsivos

Fecha Recibida por ORT: _____

Si necesita asistencia para completar esta aplicación, llame al (479)756-5901 Ext.2176

Información de Contacto Personal

Nombre	Teléfono	Fecha de Nacimiento
--------	----------	---------------------

Persona asintiendo con la aplicación	Relación	Teléfono
--------------------------------------	----------	----------

Preguntas pretendientes a sus Trastornos Convulsivos

1. Alguna vez ha sido diagnosticado(a) con Epilepsia o otro tipo de trastorno convulsivo?
____ SI ____ No Nombre: _____

2. Cuáles de los siguientes tipos de trastornos convulsivos ha tenido?

____ Trastorno de Ausencias	____ Convulsiones de Pequeño Mal
____ Convulsiones Parciales Complejas	____ Convulsiones Parciales Simples
____ Asimientos Psicomotor	____ Convulsiones Tónicas Clónicas
____ Convulsiones de Gran Mal	
____ Otro- Especifique: _____	

3. Tiene algún aviso antes de tener las convulsiones? (Ex: aura) ____ SI ____ No

4. Alguno de los siguientes "Provoca" o causa sus convulsiones?

____ Estrés	____ Ansiedad	____ Luces Parpadeantes	____ Ruidos Fuertes
____ Calor	____ Fatigue	____ Deshidratación	
____ No tomar su medicamento	____ Otro- Especifique: _____		

5. Que seguido tiene las convulsiones?

Diario Frecuencia _____
 Semanal Frecuencia _____
 Mensual Frecuencia _____
 Anual Frecuencia _____

6. Cuanto usualmente demoran sus convulsiones? _____

7. Esta actualmente tomado medicamento de prescripción para ayudar a controlar sus convulsiones? Si No

Anote los medicamentos para sus convulsiones:

8. Que comportamientos expone DURANTE sus convulsiones?

9. Usted demuestra algunos de los siguientes DESPUES de las convulsiones?

Confusión Adormecimiento Debilidad Física
 Ansiedad Desorientación Conocimiento Defectuoso
 Perturbación o Irritabilidad Otro _____

10. Su Epilepsia o los Trastornos Convulsivos interfiere con algunos de los siguientes referentes a "actividades principales de la vida"?

Cuidado Personal Trabajo Movilidad Comunicación
 Juegos Actividades de Ocio Vida Independiente

11. Alguna vez ha requerido atención médica inmediata después de una convulsión?

Si No

Esplique las circunstancias: _____



**Professional Verification of
ADA Paratransit Eligibility Application
With Ozark Regional Transit**

Designated Professional Completing Verification	Professional Title or Specialty
--------------------------------------------------------	----------------------------------------

Designated Professional Signature	Date
------------------------------------------	-------------

Professional relationship with applicant	Medical License Number
-------------------------------------------------	-------------------------------

Agency	Business Address	Zip
---------------	-------------------------	------------

Business Phone	Email address
-----------------------	----------------------

ORT Applicant	Applicant Date of Birth
----------------------	--------------------------------

Instructions:

Please answer all questions as completely as possible, and return to applicant. The applicant will then return the completed verification to ORT with their portion of the ADA Paratransit Eligibility Application. Please keep in mind that ORT considers what a person is able to do, not just that they have a disability. The purpose of this application is to determine if a person is able to use our fixed route bus service all the time, part of the time, or not at all. Included is a section to provide any additional information that would assist will providing a complete and fair review.

Thank you.

Cognitive Abilities

1. Could the applicant give their name, address, and phone number if asked?

Yes No

Please explain:

2. Could the applicant give the driver their destination if asked?

Yes No

Please explain:

3. Could the applicant recognize destinations or landmarks from the bus?

Yes No

Please explain:

4. Can the applicant ask for, understand, and follow directions?

Yes No

Please explain:

5. Would the applicant know how to deal with unexpected changes to routine?

Yes No

Please explain:

6. Could the applicant perform a multiple route bus ride, which includes transfers from one vehicle to another?

Yes No

Please explain:

7. Does the applicant have a diagnosed mental or cognitive condition?

Yes No

Please explain:

8. If the applicant has a mental disorder, is it being assisted or controlled by medications?

Yes No

Please explain:

9. Are there any behavioral issues related to the applicant's mental or cognitive condition that ORT should be aware of?

Yes No

Please explain:

Physical Mobility

1. Does the applicant use any of the following?

- | | |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Manual Wheelchair | <input type="checkbox"/> Service Animal |
| <input type="checkbox"/> Electric Wheelchair or Scooter | <input type="checkbox"/> Walking Cane |
| <input type="checkbox"/> White Cane (for visual impairment) | <input type="checkbox"/> Portable Oxygen |
| <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> PCA/Attendant |
| <input type="checkbox"/> Crutches | <input type="checkbox"/> Leg Braces |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | |

2. Could the applicant board a bus using 3 deep steps?

Yes No

Please explain:

3. Could the applicant board a bus using a wheelchair lift?

Yes No

Please explain:

4. Does the applicant require an Attendant/PCA to travel?

Yes No

Please explain:

**5. Please rate the applicant's condition in the following areas in terms of:
Excellent / Good / Fair / Poor / None / Don't Know**

E/G/F/P/N/DK

<input type="checkbox"/> Upper body strength	<input type="checkbox"/> Lower body strength
<input type="checkbox"/> Coordination	<input type="checkbox"/> Balance
<input type="checkbox"/> Safety awareness	<input type="checkbox"/> Independent judgement
<input type="checkbox"/> Verbal communication	<input type="checkbox"/> Written communication
<input type="checkbox"/> Stamina and endurance	

6. What is the maximum distance the applicant could travel without the assistance of another person? (With primary mobility aid if applicable)

Not even to motor vehicle on their own - must have a person to assist
 To curb in front of home
 1 block (500 feet)
 2 blocks
 4 blocks
 6 blocks
 9 blocks
 No distance limitation

7. Could the applicant wait 15 to 30 minutes at a bus stop?

Yes No

Please explain:

8. Could the applicant safely cross the following intersections?

- Yes No **At small quiet streets with little traffic (no traffic controls)**
 Yes No **At small intersections with traffic controls**
 Yes No **At busy multi-lane intersections with traffic controls**

Please explain:

9. Would temperature extremes affect the applicant's ability to get around?

- Yes No

Please explain:

10. Are there any sun or heat sensitivity issues due to a condition or medication?

- Yes No

Please explain:

11. Would any weather conditions affect the applicant's ability to get around?

- Yes No

Please explain:

12. Are there any surfaces that would affect the applicant's ability to get around?

Yes No

Please explain:

Other

1. Does the applicant have a vision limitation that has not been corrected by glasses or contacts that may affect their ability to get around?

Yes No

Please explain:

2. Is there any other information that ORT should be aware of when reviewing the applicant's ability to use fixed route bus services?

Epilepsy & Seizure

1. Has the applicant ever had a seizure?

Yes No

What Type?

How often?

Are the seizures controlled by medication?

Yes No

If a seizure disorder is the applicant's main disability, please include the "Epilepsy & Seizure Disorder Supplemental Form".