



**Ozark Regional Transit**  
**Aplicación de Elegibilidad**  
**Para Incapacidad Visual de ADA paratransit**  
12/14/2016

Fecha Recibida por ORT: \_\_\_\_\_

Si necesita asistencia para completar esta aplicación, llame a ORT al (479)756-5901 ext. 2176  
Envíe ha Ozark Regional Transit: Atten: ADA Coordinator, 2423 E. Robinson Ave. Springdale, AR 72764

**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 Numero de Medicaid

\_\_\_\_\_  
Contacto de Emergencia-Parentesco Dirección Teléfono

\_\_\_\_\_  
Persona Ayudando a Completar la Aplicación Parentesco Teléfono

**Medios Preferidos/Tipo de Comunicación**

\_\_\_ Imprimir Regular      \_\_\_ Imprimir Grande      \_\_\_ Correo Electrónico

# Información sobre Discapacidad Visual y Movilidad

1. Nombre de Enfermedad Ocular o Trastorno:

---

2. Su visión empeora durante estas condiciones:

- No tengo ninguna visión en absoluto
  - Sol brillante
  - Lugares con poca luz o con sombra
  - Por la noche
  - Veo lo mismo en diferentes condiciones de iluminación
  - Lluvia
  - Otro, explique \_\_\_\_\_
- 

3. Su condición ocular se considera que es:

- Estable                    o             Degenerativo
- Temporal                    o             Permanente

4. Puedo utilizar los siguientes dispositivos de movilidad al caminar fuera de casa: (marque todas las que apliquen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Animal de Servicio                       | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual    |
| <input type="checkbox"/> Bastón Blanco (Para discapacidad visual) | <input type="checkbox"/> Bastón                    |
| <input type="checkbox"/> Persona vidente para guiarme             | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Muletas                                  | <input type="checkbox"/> Andador                   |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil                         | <input type="checkbox"/> Asistente                 |
| <input type="checkbox"/> Otro _____                               | <input type="checkbox"/> Aparato Ortopédico        |
- 

5. ¿Puede viajar solo(a) al aire libre?  Si  No

Si su respuesta es Si, responda- a, b, c, y d debajo.                    Si No, ir directamente a la pregunta 6.

- a. En su propiedad?     Si     No
- b. A lugares en su cuadra?    Si     No
- c. A lugares dentro de su comunidad?     Si     No
- d. Un poco más lejos?     Si             No

6. Si NO a viajar fuera solo, ¿Por qué no?

---

---

---

7. ¿Puede mirar los escalones o las curvas lo suficientemente bien como para viajar solo(a) sin peligro?

Si  No A veces -explique \_\_\_\_\_

8. Mientras espera para bordar el autobús, puede mirar los números de las rutas fijas?

Si  No  A veces -explique \_\_\_\_\_

9. Puede reconocer el autobús mientras se va acercando a tiempo para hacerle la parada?

Si  No Explique \_\_\_\_\_

10. Puede encontrar su destinación sin asistencia de otra persona?

Si  No  A veces -explique \_\_\_\_\_

11. Puede escuchar normalmente?

Si  No Explique \_\_\_\_\_

12. Puede fácilmente escuchar al autobús o al conductor cuando:

El autobús anuncia las paradas mientras está parado(a) afuera.

Si  No A veces -explique \_\_\_\_\_

Anuncia las paradas desde adentro del autobús.

Si  No A veces -explique \_\_\_\_\_

13. Como sabe cuándo o dónde bajarse del autobús?

Yo le pregunto al conductor que me anuncie mi parada.

Yo le pido a otros pasajeros que me ayuden.

Puedo mirar mi parada desde adentro del autobús.

Otro - explique \_\_\_\_\_

14. Puede escuchar bien el tráfico para cruzar las calles constantemente sin peligro.

Si  No

15. Puede usted sin peligro cruzar las siguientes intersecciones sin la asistencia de otra persona? S/N

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

En pequeñas intercesiones con controles de tráfico

En intersecciones ocupadas con múltiples carriles con controles de tráfico

Explique: \_\_\_\_\_

## Información General sobre Deseabilidades

Anote cualquier condición de salud o deseabilidad (permanente o temporal) aparte de su visión y como afectan su habilidad para navegar a su alrededor o que le prohibida viajar 3/4 de una milla.

---

---

---

---

---

---

1. Estas debilidades son permanentes?  Si  No

Duración esperada  /  /

2. Alguna vez ha tenido un trastorno convulsivo?  Si  No

Si su desorden de ataques es la deshabilitación principal incluya la "Forma suplementar de Epilepsia & Trastornos Convulsivos".

Que tipo?  Que seguido?

Sus ataques son controlados por medicamentos?  Si  No

3. Tiene memoria, mental, o condiciones cognitivo que lo(a) limitan, o no le permiten viajar solo(a)?  Si  No

4. Alguna vez ha sido diagnosticado con algunos de los siguientes?

Derrame Cerebral  Meningitis Bacterial  Traumatismo Craneal Cerrado

Tumor del Cerebro  Encefalitis Viral  Parálisis Cerebral

Alzheimer  Parkinson  Diabetes

Síndrome Tourette's  Otro - Especifique:

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

---

---

---

---

---

---

6. Cuál es la máxima cantidad que puede viajar sin la asistencia de otra persona?  
(Con ayuda de su aparato principal de movilidad si es aplicable)

- Llegar a la curva enfrente de su casa. Explique porque \_\_\_\_\_
  - Viajar hasta 1 cuadra (500 Pies)
  - Viajar hasta 2 cuadra
  - Viajar hasta 4 cuadra
  - Viajar hasta 6 cuadra
  - Viajar hasta 9 cuadra
  - No puedo viajar fuera de mi casa asolas. Explique porque \_\_\_\_\_
- 

### Información sobre uso Actual del Servicio de las Rutas fijas

1. Donde se encuentra la parada del autobús más cercana (o punto de recogida) de su casa?

---

---

2. Que ruta del autobús le da servicio en su vecindario? \_\_\_\_\_

3. Actualmente usa el servicio del autobús?  Si  No  Avises

Cuales Rutas? \_\_\_\_\_

Para donde va usualmente? \_\_\_\_\_

---

4. Puede usted viajar para y de las paradas del autobús sin ayuda?

Si  No  Avises Explique \_\_\_\_\_

6. Cuando fue la última vez que uso el autobús?

---

7. Que es lo que es más difícil para usted sobre viajar en las rutas fijas?

---

---

---

8. Qué específica situación le EVITA a usted usar el servicio de las Rutas Fijas?

---

---

---

9. Las condiciones del clima afectan su habilidad para andar o usar el autobús?

Si       No       Avises      Esplique \_\_\_\_\_

## Orientación y Entrenamiento de Movilidad

1. Alguna vez ha participado en orientación profesional y entrenamiento de movilidad?

Si     No

2. Alguna vez ha recibido instrucciones sobre viajar en las Rutas Fijas?     Si     No

Usted completo exitosamente su entrenamiento?     Si     No

Que rutas aprendió? \_\_\_\_\_

Que destinos aprendió? \_\_\_\_\_

3. Estaría usted dispuesto(a) a participar en entrenamiento para viajar y usar las Rutas Fijas?

Si     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 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 de 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 Suplemental de Epilepsia & Trastornos Convulsivos**

Fecha Recibida por ORT: \_\_\_\_\_

Si necesita asistencia completando 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" causa sus convulsiones?  
 Estrés  Ansiedad  Luces Parpadeantes  Ruidos Fuertes  
 Calor  Fatigue  Deshidratación  
 No tomar medicamento  Otro- Especifique: \_\_\_\_\_



5. Que seguido tiene las convulsiones?

<input type="checkbox"/> Diario	Frecuencia <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Semanal	Frecuencia <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mensual	Frecuencia <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Anual	Frecuencia <input type="text"/>

6. Cuanto usualmente demoran sus convulsiones? \_\_\_\_\_

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

Nombre de sus medicamentos para las convulsiones:

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

8. Que comportamientos expone DURANTE sus convulsiones?

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

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

<input type="checkbox"/> Confusión	<input type="checkbox"/> Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Debilidad Física
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/> Conocimiento Defectuoso
<input type="checkbox"/> Perturbación o Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Otro _____	

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

<input type="checkbox"/> Cuidado Personal	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Movilidad	<input type="checkbox"/> Comunicación
<input type="checkbox"/> Juegos	<input type="checkbox"/> Actividades de Ocio	<input type="checkbox"/> Vida Independiente	

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

Si  No

Explique las circunstancias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Professional Verification of  
ADA Paratransit Eligibility Application for a Visual Disability with Ozark  
Regional Transit**

**Person Completing Verification:** \_\_\_\_\_

**Professional Title or Specialty:** \_\_\_\_\_

**Professional Relationship with Applicant:**

\_\_\_\_\_

**Medical License Number:** \_\_\_\_\_

**Agency:** \_\_\_\_\_

**Business Address:** \_\_\_\_\_

**Business Phone Number:** \_\_\_\_\_

**ORT Applicant:** \_\_\_\_\_ **D.O.B.** \_\_\_\_\_

**Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Instructions:**

**Please answer all questions as completely as possible, and return to Applicant. They will then return it to ORT with their portion of the ADA Paratransit Eligibility Application. Please keep in mind that we look at what a person is able to do, not just that they have a disability. We are determining if a person can use our Fixed Route bus service all the time, part of the time, or none of the time.**

**There is a section for you to give any additional information you think we need to give the applicant a complete and fair review.**

# Information on Visual Disability and Mobility

1. Name of applicant's eye disease or condition:

\_\_\_\_\_

2. The applicant's eye condition is considered to be:

Stable            or             Degenerative

Temporary    or             Permanent

3. The applicant's vision is worse during these conditions:

Has no vision at all

Bright sunshine

Dimly lit or shaded places

Night time

See the same in different lighting conditions

Raining

Other, explain \_\_\_\_\_

4. Does the applicant use any of the following mobility aids when they walk outdoors?

(Check all that apply)

Service Animal

White Cane (for visual impairment)

Sighted person to guide me

Crutches

Portable Oxygen

Other \_\_\_\_\_

Manual Wheelchair

Walking Cane

Electric Wheelchair or Scooter

Walker

PCA/Attendant

Leg Braces

5. Can the applicant see steps or curbs well enough to travel around on their own?

Yes     No             Sometimes

6. While waiting to board the bus, could the applicant see the route numbers on the bus.

Yes     No             Sometimes

7. Could the applicant recognize the bus as it approached them in time to wave it down?

Yes     No

8. Is the applicant's hearing normal?  
 Yes     No    Explain \_\_\_\_\_

9. Could the applicant hear or see traffic well enough to be safe crossing streets on their own consistently?  
 Yes     No

10. Could the applicant safely cross the following intersections?  
 At small quiet streets with little traffic (no traffic controls)  
 At small intersection with traffic controls  
 At busy multi-lane intersections with traffic controls

11. Could the applicant travel to and from the bus stop without help?  
 Yes     No     Sometimes

12. Would weather conditions affect the applicant's vision?  
 Yes     No    Explain \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Information on General Disabilities

List Any Health Conditions or Disabilities (permanent or temporary) other than the applicant's vision and how they affect your ability to get around and/or would prevent the applicant from traveling 3/4 mile.

---

---

---

---

---

---

---

1. Rate the Applicants condition of the following in terms of: E/G/F/P/N/DK  
Excellent / Good / Fair / Poor / None / Don't Know

\_\_\_ Upper Body Strength  
\_\_\_ Coordination  
\_\_\_ Safety Awareness  
\_\_\_ Verbal Communication  
\_\_\_ Stamina and Endurance

\_\_\_ Lower Body Strength  
\_\_\_ Balance  
\_\_\_ Independent Judgment  
\_\_\_ Written Communications

2. List all prescription medications the applicant currently takes and reason.

---

---

---

---

---

---

3. Could the applicant board a bus using 3 deep steps? \_\_\_Yes \_\_\_No

4. Could the applicant board a bus using a wheelchair lift? \_\_\_Yes \_\_\_No

5. Does the applicant require an Attendant/PCA to travel? \_\_\_Yes \_\_\_No

6. Rate the applicant's condition of the following in terms of: E/G/F/P/N/DK  
Excellent / Good / Fair / Poor / None / Don't Know

\_\_\_ Upper Body Strength  
\_\_\_ Coordination  
\_\_\_ Safety Awareness  
\_\_\_ Verbal Communication  
\_\_\_ Stamina and Endurance

\_\_\_ Lower Body Strength  
\_\_\_ Balance  
\_\_\_ Independent Judgment  
\_\_\_ Written Communications

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

\_\_\_ Not even to car on own - must have person to assist  
\_\_\_ To curb in front of home  
\_\_\_ 1 block (500 feet)  
\_\_\_ 2 blocks  
\_\_\_ 3 blocks

\_\_\_ 4 blocks  
\_\_\_ 6 blocks  
\_\_\_ 9 blocks  
\_\_\_ No distance limitation

8. Could the applicant wait 15 to 30 minutes at a bus stop? \_\_\_Yes \_\_\_No

Explain: \_\_\_\_\_

9. Could the applicant safely cross the following intersections? Y/N

\_\_\_\_\_ At small quiet streets with little traffic? (No traffic controls)

\_\_\_\_\_ At small intersection with traffic controls?

\_\_\_\_\_ At busy multi-lane intersections with traffic controls

Explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Explain: \_\_\_\_\_

11. Would there be any sun or heat sensitivity due to a conditions or medications?

Explain: \_\_\_\_\_

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

Explain: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_Yes \_\_\_No \_\_\_Sometimes Explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Other

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Cognitive Abilities

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

Yes  No Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Could the applicant give the driver their destination if asked?  Yes  No

Explain: \_\_\_\_\_

3. Could the applicant recognize destination or landmarks from the bus?  Yes  No

Explain: \_\_\_\_\_

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

Yes  No  Sometimes Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Yes  No  Sometimes Explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Could the applicant do a multiple bus ride?  Yes  No

Explain: \_\_\_\_\_

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

Yes  No Name: \_\_\_\_\_

8. If they have a mental disorder, is it being assisted or controlled by medications?

Yes  No Medications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

## Questions Pertaining to Applicants Seizures (if applicable)

1. Has the applicant ever been diagnosed with epilepsy or any other seizure disorder?

Yes  No Name \_\_\_\_\_

2. Which of the following types of seizure does the applicant have?

Absence Seizures  Petit Mal Seizures  
 Complex Partial Seizures  Simple Partial Seizures  
 Psychomotor Seizures  Tonic Clonic Seizures  
 Grand Mal Seizures  
 Other - Specify \_\_\_\_\_

3. Does the applicant have any warning before you have a seizure? (ex: aura)

Yes  No

4. Which of the following "triggers" the applicant's seizures?

Stress  Anxiety  Flashing Light  
 Loud Noise  Heat  Fatigue  
 Dehydration  Not taking medication  
 Other - Specify \_\_\_\_\_

5. How often does the applicant have seizures?

Daily Frequency \_\_\_\_\_  
 Weakly Frequency \_\_\_\_\_  
 Monthly Frequency \_\_\_\_\_  
 Yearly Frequency \_\_\_\_\_

7. How long does the applicants seizures usually last? \_\_\_\_\_

8. Is the applicant currently on prescription medication to help control their seizures?

Yes  No

Name of seizure medication: \_\_\_\_\_

9. What behaviors does the applicant exhibit DURING their seizures?

---

---

---

---



10. Which of the following behavior does the applicant demonstrate AFTER their seizures?

- Confusion       Sleepiness       Physical Weakness  
 Anxiety       Disorientation       Impaired Awareness  
 Agitation or Irritability       Other \_\_\_\_\_

11. Does the applicant's Epilepsy or Seizure Disorder interfere with any of the following "major life activities"?  Yes  No

- Self Care       Work       Communication  
 Play       Mobility       Leisure Activities  
 Independent Living

12. Has the applicant ever required immediate medical attention after a seizure?

Yes  No Explain the circumstances: \_\_\_\_\_

---

---

---