



FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO PARATRANSIT DE ADA
(Revised 9/2017)

Se adjunta la solicitud del servicio de Paratransporte de Green Bay Metro. Esta aplicación está disponible en línea en www.greenbaymetro.org. En un esfuerzo por simplificar el proceso, nos hemos asociado con Curative Connections Transportation Service. Puede completar una solicitud para solicitar ambos servicios. Por favor revíselo cuidadosamente, leyendo la descripción de la discapacidad en lo que respecta a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990.

Esta aplicación y la verificación profesional serán revisadas y se determinará la elegibilidad. Es extremadamente importante que todos los formularios se llenen por completo. Cualquier aplicación incompleta será devuelta. Dentro de los veintiún (21) días posteriores a la recepción de una solicitud completa, se realizará una determinación de elegibilidad. El envío de esta solicitud no garantiza la elegibilidad. La determinación de elegibilidad será por escrito e informará al solicitante de la aceptación o denegación de la elegibilidad, y en caso de denegación, la (s) razón (es) para tal. En caso de que se rechace la elegibilidad, se incluirá una descripción del proceso de apelación con la determinación por escrito. Recertificación para los solicitantes aprobados se requiere cada tres años.

Estándares de Elegibilidad Paratrásito ADA:

- Cualquier individuo con una discapacidad que no puede, como resultado de una discapacidad física o mental deterioro (incluido el deterioro de la visión) y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador para sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar), abordar, viajar o desembarcar de cualquier vehículo en el sistema que sea fácilmente accesible y utilizable por individuos con discapacidades.
- Cualquier persona con una discapacidad que necesite la ayuda de un ascensor para sillas de ruedas u otra un dispositivo de asistencia para abordar y puede, con tal asistencia, abordar, viajar y desembarcar desde cualquier vehículo que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidades si el individuo desea viajar en una ruta en el sistema durante las horas de operación del sistema a la vez, o dentro de un período razonable de dicho tiempo, cuando dicho vehículo no se esté utilizando para proporcionar transporte público designado en la ruta.
- Cualquier individuo con una discapacidad que tenga una condición específica relacionada con el impedimento que le impida viajar a un lugar de embarque o desde un lugar de desembarque en dicho sistema.

Después de revisar la información anterior, si considera que su discapacidad puede encajar en una de las categorías anteriores, complete el Formulario de Solicitud de Certificación de Elegibilidad de ADA adjunto.

Para preguntas sobre el servicio de Paratransporte de Metro de Green Bay o para asistencia con esta solicitud, llame al: 920-448-3452.



Estándares de Elegibilidad de Conexiones Curativas:

- Si el solicitante es mayor de 60 años, no se necesita una solicitud para el Servicio de Conexiones Curativas, independientemente de tener o no una discapacidad. Simplemente llame al 227-4272 para registrarse.
- Si el solicitante es menor de 60 años, esta aplicación es necesaria. La elegibilidad se determina caso por caso..

Esta aplicación y la verificación profesional serán revisadas y se determinará la elegibilidad. Es extremadamente importante que todos los formularios se llenen por completo. Cualquier aplicación incompleta será devuelta. Dentro de los veintiún (21) días posteriores a la recepción de una solicitud completa, se realizará una determinación de elegibilidad. El envío de esta solicitud no garantiza la elegibilidad. La determinación de elegibilidad será por escrito e informará al solicitante de la aceptación o denegación de la elegibilidad, y en caso de denegación, la (s) razón (es) para tal. En caso de que se rechace la elegibilidad, se incluirá una descripción del proceso de apelación con la determinación por escrito.

Para preguntas sobre el Servicio de Conexiones Curativas o para asistencia con esta aplicación, llame al: 920-227-4272.

**Por favor escriba o imprima claramente. Aplicaciones incompletas serán
regresadas.**

Número de Medicaid.: _____
(De lo contrario, conocido como Medicaid, Título XIX o MA: no confundir a Medicare)

Apellido _____ Nombre de pila _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____ Apt. #: _____

La ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre de la residencia (si corresponde): _____

Números de teléfono/ Casa: _____ Celda: _____

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Sexo: M F

Lenguaje primario: Inglés Español Firmar Otro: _____

¿Es miembro de alguna de las siguientes agencias de servicios sociales?

IRIS Community Care MTM Brown County Human Service

Care Wisconsin Lakeland AFCSP Funding Other:

Dirección postal: donde debe enviarse cualquier información / notificación escrita relacionada con Green Bay Metro Paratransit y / o Curative Connections Service (solo una dirección para enviarla por correo postal):

Igual que la dirección del solicitante, o Use solo la dirección siguiente para enviar correos:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Nombre de la persona de contacto (si no es el cliente): _____

Teléfono: _____ Agencia: _____

En caso de emergencia, liste los nombres de dos personas, que pueden incluir familia, apoye a profesionales, agencias u otras personas que estén familiarizadas con su discapacidad y que Green Bay Metro y / o Curative Connections puedan contactar:

Nombre: _____ Trabajo # _____ Casa # _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

relación _____

Nombre: _____ Trabajo # _____ Casa # _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

relación _____

1. Eres capaz de utilizar los autobuses Accesible Metro Green Bay para cualquiera de sus necesidades de transporte? [] Si [] No [] A veces (explique) _____

2. ¿Cuál es la discapacidad que le impide usar los servicios de ruta fija de Green Bay Metro? ¿De qué manera esta discapacidad le impide usar servicios de ruta fija? (Explique por completo. Si es necesario, continúe en una hoja separada.)

3. ¿Las condiciones que describió son permanentes [], varían día a día [] o temporales []? Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que continúe? _____

4. Si se le proporciona la capacitación y práctica adecuadas, ¿podría utilizar el servicio de autobús de ruta fija Green Bay Metro?? [] Si [] No [] A veces (explique) _____

5. ¿Hay algún otro efecto de su discapacidad u otras condiciones médicas que Green Bay Metro y / o Curative Connections necesiten conocer? (Si es necesario, continúe en una hoja separada.)

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SE UTILIZARÁ PARA ASEGURARSE DE QUE SE UTILICE UN VEHÍCULO APROPIADO PARA PROPORCIONAR SU TRANSPORTE Y PARA QUE SE PUEDA REALIZAR UN ANÁLISIS EXACTO DE SUS PETICIONES DE VIAJE.

6. ¿Cuáles de las siguientes ayudas a la movilidad usas?? (Marque todo lo que corresponda.)

- Bastón Animal de servicio Tablero de comunicación
 Caña blanca Silla de ruedas eléctrica Silla de gran potencia (excede ADA)
 Walker Power Scooter (3-Wheeler) Tanque de oxígeno
 Muletas Silla de ruedas manual Otra ayuda: _____
 Dispositivo de comunicación aumentativo NINGUNO

7. ¿El peso total de su silla de ruedas o scooter y usted supera las 800 libras?
 Si No

8. ¿Necesitará un asistente viajar con usted en cualquier momento?
 Si No A veces (explique) _____

9. Al viajar, ¿podrá firmar su nombre en un recibo de viaje?
 Si No A veces (explique) _____

10. Por favor, conteste a las siguientes preguntas:
¿Puedes viajar 1/2 cuadra sin la ayuda de otra persona?
 Si No A veces (explique) _____
¿Puedes viajar 1/4 milla sin la ayuda de otra persona?
 Si No A veces (explique) _____
Puedes viajar 3/4 de milla (9 bloques) sin la ayuda de otra persona?
 Si No A veces (explique) _____

11. ¿Puedes subir escalones de 12 pulgadas sin ayuda?
 Si No A veces (explique) _____

Si si, ¿cuántos en sucesión? _____

12. ¿Puedes esperar afuera sin apoyo durante 10 minutos?
 Si No A veces (explique) _____

13. Por la presente certifico que la información dada arriba es correcta.

Firmado _____ Fecha _____

14. Entiendo que puedo ser elegible para otros servicios de transporte a través de Curative Connection. Por la presente autorizo a Green Bay Metro a compartir mi solicitud completa,

incluida la Solicitud de verificación profesional con conexión curativa para los fines de determinar mi elegibilidad

Firmado _____ Fecha _____

Si otra persona que no sea el solicitante completó este formulario en nombre del solicitante, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre _____ Teléfono durante el día _____

Afiliación de la agencia / Relación con el solicitante _____

Dirección _____

[] Marque aquí si toda la correspondencia del programa debe ser enviada al solicitante a cargo de esta dirección.

Firma _____ Fecha _____

estoy aplicando para:

Servicio de Paratransporte de Green Bay Metro

Enviar a:

901 University Ave.
Green Bay, WI 54302

Servicio de conexiones curativas

Enviar a:

2900 Curry Ln.
Green Bay, WI 54311

Both Services

Enviar a:

901 University Ave.
Green Bay, WI 54302

*Documents will be shared with both agencies

For Office Use Only

Client Id# _____ Date Action Needed: _____

Date Application Received: _____ [] Approved [] Denied Date: _____

Eligibility Category [] 1 [] 2 [] 3 [] Winter Only [] 2/3 Winter/Summer _____

[] Conditional Eligibility: _____

[] Temporary Expires: _____ Approved By Whom: _____

General Comments: _____

Extenuating Conditions: _____

Status: [] New [] Temporary [] Recertification [] Extention [] Evaluation

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Este formulario debe ser completado por un profesional médico con licencia

Dear

The attached authorization form has been submitted by _____, who has indicated that you can provide information regarding his/her disability and its impact upon his/her ability to utilize our transit services. Federal law requires that Green Bay Metro provide paratransit services to persons who cannot utilize available accessible fixed route (bus) services. Please keep in mind that any condition which makes traveling to or from a boarding/disembarking location, or riding on a fixed route system more difficult or less comfortable, are not reasons for paratransit eligibility. The information you provide will allow us to make an appropriate evaluation of the request and its application to specific trip requests. Thank you for your cooperation in this matter.

Capacity in which you know the applicant: _____

Medical Diagnosis of condition causing disability: _____

Is the condition temporary? No Yes Expected duration until _____

How does this condition affect the individual's ability to use accessible Green Bay Metro fixed route (bus) services? _____

If provided with appropriate training and practice, would this person be able to use Green Bay Metro fixed route (bus) service?

Yes No Sometimes (explain) _____

If the person has a disability effecting mobility, is the person able to:

Travel 200 feet without assistance of another person?

Yes No Sometimes (explain) _____

Travel one half block without the assistance of another person?

Yes No Sometimes (explain) _____

Travel ¼ mile without the assistance of another person?

Yes No Sometimes (explain) _____

Travel ¾ mile without the assistance of another person?

Yes No Sometimes (explain) _____

Climb 12-inch steps without assistance?

Yes No Sometimes (explain) _____

If yes, how many in succession? _____

Wait outside without support for 10 minutes?

Yes No Sometimes (explain) _____

Does this person use any mobility aids? If so, what? _____

Is this person able to negotiate ice/snow during travel?

Yes No Sometimes (explain) _____

Is this person able to travel in extreme hot/cold weather?

Yes No Sometimes (explain) _____

If the person has a visual impairment:

Visual acuity with best correction: Right eye _____ Left eye _____ Both eyes _____
Visual fields: Right eye _____ Left eye _____ Both eyes _____

If the person has a cognitive disability:

Is the person able to do the following?
Give address and telephone numbers upon request?
[] Yes [] No
[] Yes [] No

Deal with unexpected situations or changes in routine?
[] Yes [] No

Ask for, understand, and follow directions?
[] Yes [] No

Safely and effectively travel through crowded and/or complex facilities?
[] Yes [] No

Is there any other effect of the disability of which Green Bay Metro should be aware? If so, please describe. (If necessary, continue on separate sheet.) _____

Your Name _____
Office Address _____
Office Telephone Number _____
Wisconsin Medical License Number _____

Signature _____ Date _____

This application must be fully completed. For information about ADA eligibility and the certification process, contact Green Bay Metro at 448-3452. This form may be shared between Metro's paratransit service and Curative Connections.

Return completed applications to:

Metro's Paratransit Service
Send to:
901 University Ave.
Green Bay, WI 54302
FAX: 920-448-3461

Curative Connections Service
Send to:
2900 Curry Ln.
Green Bay, WI 54311

Both Services *Documents will be shared with both agencies
Send to:
901 University Ave.
Green Bay, WI 54302
FAX: 920-448-3461

PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE LA AUTORIZACIÓN

Incluye este formulario con tu aplicación.

Para que Green Bay Metro y / o Curative Connections evalúen su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con un profesional médico para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete la siguiente información y formulario de autorización.

El siguiente profesional de atención médica está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar a Green Bay Metro y / o Curative Connections toda la información requerida para completar esta certificación.

Terapeuta ocupacional Oftalmólogo Médico
 Fisioterapeuta Enfermera registrada Otro _____

Nombre del profesional _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Número de teléfono _____

Tu nombre (Imprimir) _____

Firma _____

El cliente mencionado arriba ha solicitado el servicio de transporte para tranques subsidiado de Green Bay Metro y / o el servicio de Conexiones curativas. El servicio de paratransporte de Green Bay Metro proporciona transporte a personas con discapacidades que no pueden usar el sistema de ruta fija (bus) de Green Bay Metro.

Estándares de Elegibilidad Paratransit ADA:

- Cualquier persona con una discapacidad que no pueda, como resultado de un impedimento físico o mental (incluido el impedimento visual), y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador para sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar), abordar, andar o desembarcar de cualquier vehículo en el sistema que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidades.
- Cualquier persona con una discapacidad que necesite la ayuda de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia de abordaje y pueda, con dicha asistencia, abordar, viajar y desembarcar desde cualquier vehículo que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidades si el individuo desea viajar en una ruta en el sistema durante las horas de operación del sistema a la vez, o dentro de un período razonable de tiempo, cuando dicho vehículo no se esté utilizando para proporcionar transporte público designado en la ruta.
- Cualquier individuo con una discapacidad que tenga una condición específica relacionada con el impedimento que le impida viajar a un lugar de embarque o desde un lugar de desembarque en dicho sistema.