

# APLICACIÓN PARA ACCESS

Por favor devolver a:

Trinity Metro ACCESS - 801 Grove Street, Fort Worth, Texas 76102

Teléfono: (817) 215-8600 | Fax: (817) 215-8934

For Office Use Only	
Date Received	_____
I.D.#	_____
Status Code	_____
PCA	_____
Mapsco Grid	_____

## SECCIÓN 1

Para ser completado por el aplicante. Por favor escriba o imprima.

¿Alguna vez se ha certificado para usar ACCESS? Sí  NO  Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Si no, ¿Alguna vez ha aplicado para ACCESS? Sí  ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

1. Nombre: Sr.  Sra.  \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Inicial Apellido

2. Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Código de área Código de área

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

3. Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle o número de caja de apartado por correos Ciudad Estado Código Postal

Nombre de Apartamentos y Número de Apartamento \_\_\_\_\_

(Si es diferente)

Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Calle o número de caja de apartado por correos Ciudad Estado Código Postal

4. Idioma de preferencia: Inglés  Español  Braille  Letras grandes  Audio  Inglés Español  
Circule idioma de audio de preferencia

5. Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre Relación Teléfono durante el día

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle o número de caja de apartado por correos Ciudad Estado Código Postal

6. ¿Usa un dispositivo de ayuda? Marque todas las opciones que aplican:

Silla de Ruedas Manual  Silla de Ruedas Eléctrica  Scooter Eléctrico  Oxígeno Portátil   
Bastón  Muletas  Andadera  Prótesis  Movilidad-Bastón Blanco

Animal de Servicio  ¿Qué servicio provee el animal? \_\_\_\_\_

7. Si utiliza una silla de ruedas o scooter, ¿tiene su lugar de residencia una rampa para silla de ruedas? Sí  No

Si no hay una rampa, ¿cuántos escalones hay?

(El conductor no subirá o bajará una silla de ruedas por más de un escalón de una altura mayor a 6")

Si hay más de un escalón en su lugar de residencia, ¿cómo transportará su silla de ruedas al nivel de la calle?

\_\_\_\_\_

8. Si es necesario, ¿puede usted transportarse desde su silla de ruedas a un vehículo? Sí  No

9. ¿Alguna vez ha usado el servicio de autobús en la ciudad? Sí  No

¿Alguna vez ha recibido entrenamiento para usar el servicio de autobuses en la ciudad? Sí  No

Lugares de destino más frecuentes - haga una lista de todas las direcciones:

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

Firma del aplicante

Fecha

Nombre del aplicante: \_\_\_\_\_  
(Para transmisiones por fax)

For Office Use Only  
NBR \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Requerido) Mes Día Año

## SECCIÓN 2

Debe ser completado por Agencia o Médico. Por favor escriba o imprima.

Por favor recuerde que el programa de paratransito es un servicio subsidiado compartido que provee transporte a personas que tienen una discapacidad que les previene usar el servicio existente de transporte público. También tenga en mente que tenemos un volumen alto de individuos que están interesados en el servicio, pero el propósito de este servicio es para aquellas personas que califican y cuya única opción de transporte es el servicio de paratransito. Si tiene preguntas de elegibilidad, por favor llame a la oficina de ACCESS al 817-215-8600.

Todas las decisiones finales sobre elegibilidad son hechas por el equipo administrativo de ACCESS.

10. ¿Cuál es el diagnóstico médico que causa la discapacidad?

(Por ejemplo, si es una discapacidad intelectual, indique I.Q., consultaciones. indique tipo, frecuencia/número por mes.)

\_\_\_\_\_  
Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_

11. ¿Cómo previene esta discapacidad al aplicante de usar el servicio de autobús regular de la ciudad?

¿Cuáles son sus limitaciones físicas?

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

Indique todos los medicamentos que pueden impedir o asistir con movilidad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay algún tipo de terapia pendiente? Sí  No  Resultados esperados: \_\_\_\_\_

Si la persona tiene una discapacidad que afecta la movilidad, esta persona: (indique todas las opciones que apliquen)

¿Es capaz de caminar o empujarse sin asistencia? Sí  No   
>1 Cuadra  1 Cuadra  3 Cuadras  6 Cuadras  9 Cuadras  (3 Cuadras = 1/4 milla)

Comentarios \_\_\_\_\_

Usando un pasamanos, ¿Es capaz el aplicante de subir escalones de 12 pulgadas sin asistencia? Sí  No

Comentarios \_\_\_\_\_

¿Es capaz de esperar afuera bajo todas las condiciones del tiempo sin apoyo por lo menos por 20 minutos? Sí   
No

Comentarios \_\_\_\_\_

Si tiene impedimentos de la visión, ¿Cuál es la mejor agudeza visual corregida (Snellen)?

Ojo Derecho \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo \_\_\_\_\_ Restricción de campo: Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

12. ¿Usa esta persona algún dispositivo de asistencia? Si es así, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez esta persona ha recibido entrenamiento para usar el servicio de autobús de la ciudad? Sí  No  Do Not se

¿Pudiera esta persona utilizar el servicio de autobús regular? Nunca  A veces  Siempre  Si es accesible \_\_\_\_\_

¿Pudiera esta persona beneficiarse de entrenamiento en rutas de autobuses? Sí  No

13. Esta discapacidad es: Permanente  Temporal  Si es temporal, ¿por cuánto tiempo necesitará servicio el aplicante? \_\_\_\_\_

14. Todos los aplicantes certificados tienen permitido traer un acompañante. ¿Está requerido el aplicante a tener un asistente de ciudadano personal con el/ella? Sí  No

**Si es necesario, el aplicante debe proveer su propio asistente.**

\_\_\_\_\_  
Doctor o agencia verificante Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Address Ciudad Estado Código postal

15. YO (ESCRIBA SU NOMBRE) \_\_\_\_\_  
CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PREVIA ES VERDADERA Y CORRECTA. FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_