



Certificación de Elegibilidad para transportación con Paratránsito abajo ADA

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por la Ciudad de Santa Fe para la prestación de servicios de transporte. La información sólo se compartirá con otros proveedores de tránsito para facilitar los viajes en esas áreas. La información no se proporcionará a ninguna otra persona / agencia.

Solicitante por primera vez

Solicitante de Renovación – Numero de Tarjeta # _____

1. Nombre _____

2. Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Area
Postal _____

Direccion De Correo si es Diferente Diferente

_____ Ciudad _____ Estado _____ Area Postal

3. Numero De Telefono (Casa) _____ Celular _____ Trabajo _____

4. Cuál de las siguientes opciones describe mejor su discapacidad?

_____ a. La condición que tengo me impide utilizar el servicio de autobús de Santa Fe Trails permanentemente.

_____ b. Mi condición es temporal y yo debería ser capaz de utilizar el servicio de autobús de Santa Fe Trails (fecha). ___/___/___

_____ c. Mi condición es intermitente el ___% del tiempo y no voy a poder ser capaz de utilizar el servicio de autobús de Santa Fe Trails.

5. Como su discapacidad le impide usar el servicio de las rutas de camiones (Santa Fe Trails Bus Service)? Explíquelo por completo. Use hojas adicionales si es necesario.

6. Hay otros efectos de su discapacidad que debemos estar atentos?

La siguiente información será usada para asegurar que un vehículo apropiado sea utilizado para proveer su transporte y que un análisis exacto de sus solicitudes de viaje pueda ser hecho por la Ciudad de Santa Fe.

7. Usa alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (marque todo lo que corresponda)

Silla de ruedas manual Caña Animal de Servicio
 Scooter motorizado Caminante Asistente de Cuidado Persona
 Silla de ruedas eléctrica Muletas

8. Necesita un Asistente de Cuidado Personal cuando viaja usando el transporte público?

SI NO

9. Por favor conteste todas las siguientes preguntas.

- Puede viajar una cuadra sin la ayuda de otra persona?

SI NO A veces

- Puede viajar 5 cuadras sin la ayuda de otra persona?

SI NO A veces

- Puede subir tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia?

SI NO A veces

- Puede esperar afuera si apoyo por 10 minutos?

SI NO A veces

10. Yo aseguro que la informacion dada es correcta?

Firma _____

Fecha ___/___/___

11. Nombre de contacto de emergencia _____

Numero de Telefono _____

Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita el servicio, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre_____

Direccion_____ **Ciudad**_____ **Estado**_____

Area Postal_____ **Numero de Telefono**_____

Firma_____

Fecha____/____/____

Regresa Forma: TRANSIT SERVICE

P.O. BOX 909

SANTA FE, NM 87504-0909