



Sección 2

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
(Obligatorio) Mes Día Año

Debe ser completado por la Agencia o el médico - Por favor, escriba o imprima

Por favor recuerde que el paratransito es un programa subvencionado servicio compartido que brinda servicio de transporte a las personas que tienen una discapacidad que impide el uso del transporte público existente. También hay que tener en cuenta que contamos con un alto volumen de las personas que están interesadas en el servicio, sin embargo, la finalidad de paratransito es para las personas calificadas cuya única opción para el transporte paratransito. Si usted tiene preguntas sobre la elegibilidad, por favor llame a la oficina de la demanda LOS GATOS al (225) 389-8920 ext 325. Todas las decisiones finales sobre los criterios de elegibilidad son los gatos de la demanda personal administrativo.

1. ¿Cuál es el diagnóstico médico que provoca la discapacidad? (Es decir, si el retraso mental, lista I. P. ; si se presentan convulsiones, tipo de lista y # por mes)

Fecha de diagnóstico? _____

2. ¿Cómo afecta la discapacidad que el solicitante del caballo regular servicio de autobuses de la ciudad? ¿Cuáles son sus limitaciones funcionales?

Lista de todos los medicamentos que pueden afectar o ayuda a la movilidad. _____

¿Hay alguna terapia pendientes? _____ Resultados esperados? Que

Si la persona tiene una discapacidad en relación con la movilidad: es la persona (marque la casilla correspondiente o cajas) capaz de caminar o del volante sin ayuda? Sí No (3 bloques = ¼ de milla)

Menos de 1 cuadra 1 bloque 3 bloque 6 bloques bloques 9 cuadras

Comentarios _____

Mediante un pasamanos, es candidato capaz de escalar tres 12 pulgadas pasos sin ayuda? Sí No

Comentarios _____

Capaz que esperar fuera en todas las condiciones climáticas sin apoyo por lo menos durante 20 minutos? Sí No

Comentarios _____

Si personas con deficiencias visuales, lo que es mejor Corregir agudeza)?

Ojo derecho ojo izquierdo _____ Restricción de Campo: Derecha Izquierda _____

3. Esta persona utilizar cualquier dispositivos de asistencia? Si es así, ¿qué? _____

Esta persona ha tenido formación para utilizar el servicio de autobuses de la ciudad? Sí No No Sé

Esta persona podría utilizar servicio de autobuses de la ciudad? Nunca a veces siempre si instalaciones para discapacitados?

Esta persona podría beneficiarse de formación viaje? Sí No

4. Es la discapacidad permanente: Temporal
Si temporal, ¿cuánto tiempo se necesita servicio solicitante _____?

5. Todo ello con la certificación los solicitantes están autorizados a adoptar un huésped con ellos. Es necesario que el solicitante tiene un asistente de cuidados personales para administrar asistencia? Sí No (si es necesario, el solicitante debe proporcionar su propia operadora.)

Agencia o Nombre del médico, dirección y teléfono

Verificar Agencia o Nombre del médico () Código de área No de teléfono No DE FAX Código de área

DIRECCIÓN Ciudad Estado Zip

6. I (Nombre en letra de imprenta) _____ certifica que la información anterior es verdadera y correcta.

Verificación de firma o de un médico Agencia _____ fecha _____

Cualquier información adicional, por favor adjuntar. Gracias por tomar el tiempo para completar esta aplicación.