

CATA
3 Pond Rd.
Gloucester, MA
01930

DIAL-A-RIDE
&
Idoneità al transito paratransito ADA
Modulo di domanda

CATA use only:
ID # _____
Date _____

---- STAMPATE PER FAVORE ----

PARTE A

(Questa parte deve essere completata da tutti i richiedenti)

Nome di battesimo _____ Iniziale del
secondo nome _____

Cognome _____

Cognome _____

Indirizzo postale (se diverso) _____ Apt # _____

Indirizzo postale (se diverso) _____ Stato _____ Cap _____

Telefono (giorno) _____ (sera) _____

Per favore forniscici il nome e il numero di telefono di un amico o parente che possiamo chiamare nel caso in cui non riuscissimo a raggiungerti al tuo numero abituale:

Nome _____

Relazione _____ Telefono # _____

Hai una disabilità o una condizione di salute che ti impedisce talvolta di utilizzare gli autobus a tratta fissa CATA?

No, faccio domanda solo in base alla mia età (60 anni o più). Allega una copia della documentazione della tua età (ID governativo). **SI FERMI QUI.** Non è necessario compilare le Parti B e C della presente domanda. Restituisci questo modulo a CATA all'indirizzo sopra indicato per avere diritto al servizio Dial-A-Ride.

Sì, sto richiedendo l'"idoneità ADA Paratransit". Si prega di compilare le parti B e C della presente domanda

Part B

Questa parte deve essere compilata solo se hai una disabilità o una condizione di salute che ti impedisce di utilizzare talvolta o sempre il servizio di autobus a tratta fissa CATA. Le persone che completano questa sezione verranno prese in considerazione per l' "Idoneità al paratransit ADA". Le informazioni sulla disabilità o sullo stato di salute saranno mantenute strettamente confidenziali.

1. Qual è la disabilità o condizione di salute che ti impedisce di utilizzare gli autobus a tratta fissa CATA? Descrivi tutte le disabilità o le condizioni di salute che influenzano il tuo viaggio.

2. In che modo questa disabilità o condizione di salute ti impedisce di utilizzare il servizio di tratta fissa CATA? Per favore, spiegalo completamente. Se necessario, utilizzare fogli aggiuntivi.

1. Utilizzi qualcuno dei seguenti ausili per la mobilità? (controlla tutte le applicazioni)

Sedia a rotelle manuale Sedia a rotelle elettrica Scooter elettrico

Canna camminatore Stampelle Bretelle

Animale di servizio

(descrivere): _____

Altro

(descrivere) : _____

No, non utilizzo ausili per la mobilità

1. Hai mai bisogno di portare con te qualcun altro che ti aiuti durante il viaggio (un "assistente personale" o un "assistente personale")?

No Sì, sempre Sì, qualche volta

1. 1. Senza l'aiuto di qualcun altro puoi farlo ...

Richiedi e capisci istruzioni scritte o parlate?

Sempre Qualche volta Mai Non è sicuro

Attraversare le strade agli incroci?

Sempre Qualche volta Mai Non è sicuro

Stai in piedi per 10 minuti se non c'è posto dove sederti?

Sempre Qualche volta Mai Non è sicuro

Trovare la strada per tornare alla fermata dell'autobus se qualcuno ti mostra la strada una volta?

Sempre Qualche volta Mai Non è sicuro

Salire e scendere tre gradini se c'è un corrimano?

Sempre Qualche volta Mai Non è sicuro

Stare su un autobus in movimento aggrappandosi al corrimano?

Sempre Qualche volta Mai Non è sicuro

Trasferimento da un autobus a tratta fissa a un altro?

Sempre Qualche volta Mai Non è sicuro

2. Nelle migliori condizioni, qual è la distanza massima che puoi percorrere a piedi (o viaggiare utilizzando il tuo ausilio per la mobilità) senza l'aiuto di un'altra persona?

Meno di 1 blocco

6 blocchi

1 blocco

più di 6 blocchi

2 isolati (1/4 di miglio)

Non posso assolutamente viaggiare all'aperto da solo

4 blocchi (1/2 miglio)

2. C'è qualcos'altro che vuoi dirci sulla tua disabilità o condizione di salute che potrebbe aiutarci a comprendere meglio le tue capacità e limitazioni di viaggio?

Firma

Comprendo che lo scopo di questo modulo è determinare se sono idoneo a utilizzare i servizi ADA Paratransit. Certifico che le informazioni fornite in questa domanda sono vere e corrette. Comprendo che la falsificazione delle informazioni potrebbe comportare una revisione della mia idoneità e la possibile perdita dei servizi ADA Paratransit.

Accetto di notificare alla Cape Ann Transportation Authority se non ho più bisogno di utilizzare i servizi ADA Paratransit.

Data

(Firma del Richiedente o della Parte Responsabile)

Se qualcuno ti ha aiutato a completare questa richiesta, fornisci le seguenti informazioni:

Nome _____

Relazione con il
richiedente _____

Indirizzo _____

Agenzia _____ telefono

Autorizzazione al rilascio di informazioni

Autorizzo il professionista che ha compilato la PARTE C della presente domanda a rilasciare al CATA informazioni sulla mia disabilità o condizione di salute e il suo effetto sulla mia capacità di viaggiare sul servizio autobus CATA. Sono consapevole che potrò revocare questa autorizzazione in qualsiasi momento. Salvo revoca anticipata, il presente modulo consentirà al professionista che compila la PARTE C di rilasciare le informazioni descritte fino a 60 giorni dalla data sotto riportata. Comprendo che tutte le informazioni Medicaid fornite sulla mia disabilità o condizione di salute saranno mantenute strettamente riservate.

_____ Data _____
(Firma del Richiedente o della Parte Responsabile)

UNA VOLTA COMPLETATO, TORNARE A: CATA, 3 Pond Rd., Gloucester, MA 01930 All'attenzione di: Assistente amministrativo

GO TO PART C

PART C

Questa parte del modulo deve essere completata da un professionista che abbia familiarità con la tua disabilità o condizione di salute e con le tue capacità funzionali.

Questa parte deve essere completata solo se si richiede l'"idoneità ADA Paratransit".

1 Nome: _____

2. Capacità in cui conosci il richiedente: _____

3. Quando è stato curato o visto da te l'ultima volta il richiedente? _____

4. In media, con quale frequenza viene visto il richiedente? _____

5. Al richiedente è stata diagnosticata una disabilità fisica, cognitiva, mentale o di altro tipo che gli impedirebbe di utilizzare il servizio di autobus CATA a tratta fissa?

No

Si

Diagnosi e data di esordio: _____

6. La disabilità del richiedente è:

Permanente Temporaneo (fino a
quando) _____

7. Le capacità funzionali del richiedente di viaggiare cambiano a causa di trattamenti medici, condizioni ambientali (calore, umidità, freddo, ghiaccio e neve) o altri fattori correlati?

8. Commenti aggiuntivi (prognosi, abilità funzionali,
ecc.): _____

—

Nome e titolo del
professionista: _____

Licenza, registrazione o certificato #: _____

Firma: _____

Nome dell'azienda o
dell'agenzia: _____

Indirizzo: _____

Telefono
#: _____ Fax: _____

UNA VOLTA COMPLETATO, TORNARE A: CATA, 3 Pond Rd., Gloucester, MA 01930 All'attenzione di: Assistente amministrativo