

Massachusetts Americans with Disabilities Formulário de Solicitação de Paratrânsito

Por favor, note que qualquer informação fornecida nesta solicitação será mantida confidencial e compartilhada apenas com os profissionais envolvidos na prestação do serviço de paratrânsito conforme necessário.

ESTA SOLICITAÇÃO SERÁ ACEITA NAS AUTORIDADES DE TRÂNSITO LISTADAS NO ANEXO A

A. Informação Pessoal			
Sobrenome:		Nome:	
Data de Nascimento:		Nome Preferido:	
B. Residência Atual			
Endereço (incluir informações de edifício, apartamento ou número do quarto):			
Cidade:		Estado:	CEP:
Esta residência é:			
☐	Casa Unifamiliar	☐ Casa Multifamiliar	
☐	Complexo de Apartamentos ou Condomínio	Nome:	
☐	Casa de Repouso ou Residência Assistida	Nome:	
☐	Faculdade ou Universidade	Nome:	
Outro:			
Esta é uma residência temporária: Sim Não			
C. Endereço para Correspondência (caso diferente da residência)			
Endereço (incluir informações de edifício, apartamento ou número do quarto): _____ (marque aqui se igual ao de cima)			
Cidade:		Estado:	CEP:
D. Informações de Contato			
Telefone Principal:		Telefone Alternativo:	
Endereço de Email (opcional):			
Método de Comunicação Preferido:			
☐ Telefone	☐ Email	☐ Correio	☐ Mensagem de texto (se disponível na RTA)
Idioma Preferido:			
E. Contato de Emergência			
Sobrenome:		Nome:	
Relacionamento:		Agência (se aplicável):	
Telefone Principal:		Telefone Alternativo:	

F. Se alguém o/a auxiliou a preencher este formulário, forneça as seguintes informações				
Sobrenome:		Nome:		
Relacionamento:		Agência (se aplicável):		
Telefone Principal:		Telefone Alternativo:		
Podemos contatar esta pessoa com perguntas sobre sua solicitação? Sim Não				
G. Informações Gerais Sobre Sua Deficiência				
Por favor, indique abaixo se você precisa de informações do serviço ADA nos seguintes formatos acesíveis:				
Letra Grande	Áudio	Braille	Email	Outro:
Você é certificado para serviços de Paratransito ADA por outro provedor de serviços ou agência de transporte? Sim Não				
Caso sim	Nome do Provedor de Serviço:			Estado:
Por favor, liste os diagnósticos que impedem você de usar o serviço de ônibus de rota fixa:				
_____.				
_____.				
_____.				
_____.				
Explique como o seu diagnóstico o impede de utilizar de forma independente o serviço de autocarro de rota fixa:				
A deficiência ou condição relacionada à saúde que você descreve é:				
Permanente	Se permanente, o nível de capacidade deve mudar			Sim Não
Temporária	Se temporária, quanto tempo deve durar:			
Incerto				
Sua condição de saúde ou deficiência muda de dia para dia de uma forma que afeta sua capacidade de usar o serviço de ônibus de rota fixa? Sim Não Às vezes				
Caso “Sim” ou “Às vezes”, por favor, explique:				
Há momentos em que alguém o acompanha quando você viaja?				
Sim Não Às vezes				

Você usa algum dos seguintes dispositivos quando viaja?			
Cadeira de Rodas Manual*	Cadeira de Rodas Motorizada*	Scooter*	
Andador	Bengala	Bengala Branca Longa	
Oxigênio	Dispositivo de Comunicação	Muletas	
Animal de Serviço	Respirador	Outro:	
*O termo cadeira de rodas refere-se a qualquer dispositivo de três ou mais rodas que seja utilizável em ambientes internos. Poderemos acomodar uma cadeira de rodas se (1) o elevador e o veículo puderem fisicamente acomodá-la e (2) se for consistente com requisitos legítimos de segurança. Requisitos legítimos de segurança incluem, mas não se limitam a, circunstâncias como uma cadeira de rodas de tamanho tal que bloquearia um corredor ou interferiria na evacuação segura de passageiros em uma emergência, e/ou está com excesso de peso quando ocupada para as especificações do veículo.			
H. Experiência com Serviço de Ônibus de Rota Fixa			
Você já andou no ônibus de rota fixa?			
Sim	Com que frequência e para quais locais?		
	Se não está andando atualmente, por quê?		
Alguns provedores têm Treinamento de Viagem, que é um serviço gratuito que ensina pessoas a usar o ônibus de rota fixa. Se isso estiver disponível em sua área, você estaria interessado em receber mais informações? Sim Não			
I. Capacidade Funcional			
Você consegue encontrar o caminho para uma parada de ônibus público se alguém lhe mostrar ruma vez? Sim Não Às vezes			
Até que distância você pode caminhar com segurança (usando auxílio de _____ Pés _____ Quarteirões mobilidade se necessário)?			
Você consegue subir/descer uma colina gradual?		Sim	Não Às vezes
Você consegue ver/detectar meio-fios, rampas e outras áreas de desnível?		Sim	Não Às vezes
Por quanto tempo você consegue ficar em pé e esperar em uma parada de ônibus de rota fixa?			Minutos
Você consegue reconhecer e solicitar paradas quando estiver no ônibus?		Sim	Não Às vezes
Você consegue fisicamente entrar e sair de um ônibus de rota fixa? Todos os veículos RTA têm elevadores, rampas ou a capacidade de se abaixar e são acessíveis.		Sim	Não Às vezes
Caso "Não" ou "Às vezes", por favor explique:			
Você consegue pedir, entender e seguir direções de viagem?		Sim	Não Às vezes
Caso "Não" ou "Às vezes", por favor explique:			

J. Barreiras

Quais barreiras ambientais tornam difícil para você usar o serviço de ônibus de rota fixa?

Falta de cortes de meio-fio/rampas	Colinas Íngremes	Sem calçadas
Rua movimentada que devo atravessar	Sem semáforo/indicador vocal	Calçadas em más condições
Neve/Gelo no chão	Outro (descreva):	

Explique por que as condições que você indicou tornam difícil:

K. Reconhecimento do Requerente

Ao assinar abaixo, você certifica que as informações enviadas nesta solicitação são verdadeiras ao melhor do seu conhecimento.

Assinatura do Requerente:	Data:
---------------------------	-------

Se um requerente não puder assinar seu nome, o responsável legal deve assinar em seu nome:

Assinatura do Responsável Legal:	Data:
----------------------------------	-------

AUTORIZAÇÃO DE LIBERAÇÃO DE INFORMAÇÕES MÉDICAS

Para que uma RTA avalie sua solicitação, será necessário contatar um profissional médico/clínico para confirmar as informações que você forneceu. Por favor, complete as seguintes informações e formulário de autorização.

O seguinte Profissional de Saúde Licenciado está familiarizado com minha deficiência e está autorizado a fornecer à RTA todas as informações necessárias para completar esta

Informações do Profissional Licenciado		
Nome:		Agência/Instalação:
Endereço para Correspondência:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Certificação Profissional:		
Médico	Enfermeiro Especialista	Assistente Médico
Outro:		
Por meio deste documento, autorizo o profissional listado acima a liberar qualquer informação necessária para determinar a elegibilidade para Paratrânsito para: (Digite o Nome do RTA)		
Assinatura do Requerente:		Data:
Nome por Extenso:		

SOLICITAÇÃO DE VERIFICAÇÃO PROFISSIONAL

O paciente indicou que você poderia fornecer informações sobre sua deficiência e seu impacto na capacidade de utilizar serviços de transporte público. A lei federal exige que as Autoridades de Transporte Regional forneçam serviços de paratransito para pessoas que não podem usar os serviços de ônibus de rota fixa acessíveis disponíveis. (Serviços de rota fixa são serviços de transporte onde os veículos funcionam em rotas regulares e programadas com paradas fixas. Por exemplo, um ônibus da cidade que sempre percorre a mesma rota faz parte do sistema de rota fixa.) Por favor, tenha em mente que qualquer condição que torne viajar para ou de um local de embarque/desembarque ou andar em um sistema de rota fixa mais difícil ou menos confortável, não são razões para elegibilidade de paratransito. As informações que você fornecer nos permitirão avaliar a solicitação e sua aplicação a solicitações específicas de viagem.

Nome do Requerente/Paciente: _____ **Data de nascimento:** _____

Informações Sobre as Capacidades Funcionais do Requerente			
Diagnóstico médico/clínico da condição causadora da deficiência:			
Explique como as deficiências ou condições relacionadas à saúde do requerente poderiam impedi-lo de usar independentemente o serviço de ônibus de rota fixa:			
A deficiência ou condição relacionada à saúde é:			
Permanente	Se permanente, espera-se que mude:	Sim	Não
Temporária	Quanto tempo deve durar:		
Incerto			
A condição de saúde ou deficiência muda de dia para dia de uma forma que afeta a capacidade de usar o serviço de ônibus público?			
	Sim	Não	Às vezes
Caso "Sim" ou "Às vezes", por favor explique (por exemplo: temperaturas extremas, efeitos colaterais de medicamentos, etc.):			
O requerente requer um Assistente de Cuidados Pessoais para completar tarefas diárias?			
Sim	Não	Às vezes	
Certifico que completei as perguntas neste Formulário de Verificação Profissional e que as informações fornecidas estão corretas ao melhor do meu conhecimento.			
Assinatura do Provedor de Cuidados de Saúde:			
Nome por extenso:		Data:	
Número da Licença:		Data de Expiração:	