

TRÁNSITO de JEFFERSON
Certificación de ADA Paratransit Elegibilidad
Sistema de Transporte con Movilidad Reducida (MITS)

Instrucciones: Por favor lea cuidadosamente y quitar esta hoja antes de devolver la aplicación.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud o la necesidad de la aplicación sea en un formato alternativo, por favor llame a la oficina MITS (504-889-7155), y estaremos encantados de ayudarle. La aplicación debe ser completa antes de que MITS puede proceder con el proceso de revisión. Si las formas de liberación no están firmadas, la solicitud se devolverá al solicitante.

Envíe la solicitud completa a:

Jefferson Transit MITS Office
118 David Dr., Metairie, LA 70003

Tan pronto como se reciba la solicitud completa, el Gerente de MITS enviará por correo un formulario de Certificación de Profesionales de Salud a la persona nombrada en el solicitante formulario de autorización. Sólo después de que se devuelva el formulario de Certificación de Profesionales de Salud, el Gerente de MITS hará una determinación de elegibilidad.

Si están cualificados para utilizar MITS, usted recibirá una tarjeta de identificación de MITS y la Guía de un Jinete de MITS que explica las políticas y procedimientos. La identificación de MITS tiene una fecha de caducidad, y usted es responsable de la recertificación cada tres años.

Si no califica y siente que esto se hecho por error, puede presentar una apelación formal. Le daremos instrucciones de apelar en el momento de su determinación.

MITS sirve urbanizada de Jefferson Parish y un área limitada de la Parroquia de Orleans. Si usted necesita viajar fuera de nuestra área de servicio en Nueva Orleans, será capaz de transferir al servicio de paratransito de la RTA de Nueva Orleans.

La tarifa de MITS es actualmente \$3,00 cada camino. No hay ningún cargo para un asistente de cuidado personal (PCA), pero a otros invitados se les cobrara el mismo precio de \$3.00.

Por favor escriba o imprima. Las aplicaciones que no esten completas o claramente escritas serán devueltas.

Nombre: _____
 Primer Segundo Apellido

Num. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección residencial: _____ código postal _____

Dirección Postal (si no la residencial)
_____ código postal _____

Teléfono del Solicitante:
Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Persona de contacto en caso de emergencia
Nombre de persona: _____
Relación: _____

Número de Contacto:
Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Doctor principal o profesionales de salud
Nombre de profesional de salud: _____
Número de profesional de salud: _____
Dirección de profesional de salud: _____

Alguna vez fue certificado para usar MITS? Si _____ No _____

Si No, a usted aplicado para MITS? Si _____ No _____
Si usted a aplicado, dar fecha aproximada: _____

Usted puede desplazarse en un autobús normal del sistema de Jefferson Transit fixed-route?
Si _____ No _____ A veces _____ No se _____

Si NO, por favor de explicar: _____

Con una movilidad ayuda o por sí mismo, ¿Cuántas cuerdas puede ir al nivel del suelo?

Menos de 2 bloques 2 a 4 bloques Mas de 4 bloques

¿Cuántos bloques necesita ir para llegar a una parada de autobús de JeT desde su casa?

Menos de 2 bloques 2 a 4 bloques Mas de 4 bloques

¿Utilizas alguna de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo? Marque todas las que aplican.

Baston Sailla de ruedas motorizada Tabla de comunicacion

Baston blanco Sillon de ruedas de gran potencia Animal de asistencia

Andador Vespa eléctrica (scooter) (3-Wheeler) Suspendores de pierna

Muletas Silla de ruedas manual Otro _____

¿Si utiliza una silla de ruedas o scooter, tiene su residencia una rampa para sillas de ruedas?

Si No

¿Si utiliza una silla de ruedas o scooter, puede transferir desde su silla de ruedas a un asiento en un vehículo? Si No

¿Un asistente personal (PA) le acompañan cuando viaja fuera de su hogar (por ejemplo, para empujar su silla de ruedas, llevar oxígeno, etcetera.)? Si No Aveses

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la denegación de servicio. Entiendo que toda información se mantendrá confidencial y sólo la información necesaria para proporcionar los servicios que solicito serán revelados a los que realizan los servicios.

Firma de Solicitante _____

Fecha: _____