

Tránsito Municipal de Marshalltown

SOLICITUD DE PARA TRANSITO ADA

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) exige que las agencias de transporte público que brindan servicios de ruta fija brinden un servicio de Para tránsito complementario a las personas con discapacidades que no pueden utilizar el servicio de autobús de ruta fija debido a una discapacidad. El servicio de para tránsito opera durante el mismo horario que el servicio de autobús de ruta fija.

El propósito de la solicitud es brindarle la oportunidad de describir las barreras en el entorno o las limitaciones que pueda tener que le impidan utilizar el sistema de autobuses de ruta fija de El Tránsito Municipal de Marshalltown (MMT).

Cuéntenos:

- A que lugares tiene problema para llegar
- A donde le gustaría ir, pero no puede
- Que le impide utilizar el autobús de MMT para estos destinos

Proporcionar la mayor cantidad de información posible ayudará a MMT a comprender sus necesidades de transporte y sus desafíos de viaje.

Si hay preguntas que no puede responder o necesita ayuda para completar la solicitud, llame a El Tránsito Municipal de Marshalltown (MMT) 641-754-5719.

Para que se considere completa, se debe responder todas las preguntas de la solicitud.

Por favor escriba

Nombre (Apellido) _____ (Primer Nombre) _____

Domicilio _____ APT#/Unidad# _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Fecha de Nacimiento: (Mes/Dia/Año) _____ / _____ / _____

Por favor describa su discapacidad o condición actual. Sea específico y enumere todos los detalles aplicables. Tenga en cuenta que los autobuses MMT de ruta fija son accesibles para sillas de ruedas.

Adjunte una declaración/documentación del médico para verificar la condición.

¿Su discapacidad o condición es temporal? SI NO

Si es así, ¿cuánto durará

¿Su discapacidad o condición es episódica o cambia de un día para otro? SI NO

Si es así, por favor explique

Con mayor frecuencia, utilizo los siguientes dispositivos de movilidad cuando camino:

<input type="checkbox"/> Persona vidente (guía)	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica
<input type="checkbox"/> Perro guía	<input type="checkbox"/> Scooter
<input type="checkbox"/> Bastón blanco	<input type="checkbox"/> Bastón
<input type="checkbox"/> Dispositivos ópticos	<input type="checkbox"/> Caminadora
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> Oxígeno portátil	<input type="checkbox"/> Otro _____

Si utiliza silla de ruedas o scooter, responda la siguiente pregunta sobre las dimensiones:

Indique las dimensiones de su silla de ruedas o scooter. Mida la dimensión física desde dos pulgadas por encima del piso, incluidas las extensiones de pies o cabeza.

Nota: Esta información no se utiliza para determinar su elegibilidad para el para tránsito.

Una silla de ruedas común no excede las 30 pulgadas de ancho o 48 pulgadas de largo y no pesa más de 600 libras ocupadas.

¿El peso de usted y su dispositivo de movilidad es superior a 600 libras? SI NO

Peso ocupado (si se sabe) _____

¿Puede caminar o utilizar su dispositivo de movilidad al aire libre solo? SI NO

Si NO, por favor díganos por qué. Marque todas las que aplican.

Nunca me han enseñado.

Mi vecindario es muy peligroso.

No quiero hacerlo solo.

Barreras ambientales (no hay banquetas o son deficientes, intersecciones muy transitadas)

Otro- Por favor explique _____

¿Cuántos escalones de 7 pulgadas pude subir sin ayuda? _____

¿Cuántos escalones hay en la entrada que utiliza en su residencia? _____

¿Cuantas cuadras pude recorrer o caminar solo? 0 1 3

¿Cuánto tiempo te lleva caminar eso?

Menos de 5 minutos 5-10 minutos Mas de 10 minutes

¿Si estuviera esperando que lo llevaran, podría estar de pie durante 10 minutos? SI NO

¿Si estuviera esperando que lo llevaran, podría estar sentado durante 10
minutos? SI NO

¿Podrías esperar en una parada de autobús que no tenga marquesina? SI NO

¿Pude cruzar la calle sin ayuda? SI NO

Si es así, por favor conteste lo siguiente:

Puedo cruzar las calles tranquilas con muy poco trafico SI NO

Puedo cruzar la calle en un semáforo SI NO

Puedo cruzar la calle en intersecciones muy transitadas. SI NO

Mi visión es normal. SI NO

Si NO, por favor digamos acerca de su condición _____

Mi condición visual es: Estable Degenerativa Otra (por favor explique)

Mi visión empeora durante estas condiciones:

Luz del sol brillante SI NO

Lugares con poca luz o sombra SI NO

De noche SI NO

Puedo ver escalones y bordillos. SI NO

Puedo utilizar el teléfono para obtener información.

SI NO

Mi audición es normal

SI NO

Si NO, por favor describa sus problemas de audición _____

Cuéntenos sobre sus viajes actuales

Enumere sus cinco destinos mas frecuentes y como llega allí

Destino	Frecuencia	¿Como llega allí?
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____

Por favor responda todas las preguntas y marque todas las declaraciones que describan su uso actual del Servicio de autobús de ruta fija MMT por su cuenta.

¿Utiliza actualmente el sistema de autobuses de ruta fija MMT?

SI NO

Si su respuesta es NO—

¿Por qué no ha utilizado el servicio de ruta fija?

- Nunca he tratado.
- Necesito que alguien me ensene
- Tengo dificultad subiendo o bajando del autobús
- Tengo dificultad para ir o venir a la parada del autobús
- Tengo una discapacidad ambulatoria que me impide abordar sin ayuda incluso en un autobús de ruta fija MMT accesible para sillas de ruedas.
- Tengo una condición médica grave o una discapacidad que me imposibilita usar el autobús de ruta fija MMT.

Si su respuesta es Sí –

¿A dónde va en el autobús? _____

¿Cuál es para usted la parte más difícil de viajar en autobús? _____

¿Cuándo fue la última vez que utilizó el servicio de autobús de ruta fija? _____

¿Dónde está la parada de autobús más cercana a tu casa? _____

¿Los cambios de tiempo le impiden llegar o volver de la parada de autobús? _____ SI _____ NO

SI es así, enumere las condiciones climáticas específicas que afectan su movilidad:

¿Ha recibido instrucciones sobre cómo viajar en autobús? _____ SI _____ NO

Puedo utilizar el autobús de ruta fija los días en que me siento bien. _____ SI _____ NO

Puedo llegar a la parada del autobús o utilizarlo en los “días malos”. _____ SI _____ NO

Tengo una discapacidad visual que me impide encontrar la parada de autobús. _____ SI _____ NO

_____ Creo que con formación puedo aprender. _____ No siento que pueda aprender.

Puedo ver los nombres de las rutas de autobús en los autobuses. _____ SI _____ NO

Puedo encontrar mi destino sin ayuda. _____ SI _____ NO

Puedo reconocer mi destino y bajar del autobús sin ayuda. _____ SI _____ NO

Puedo escuchar las rutas de autobús anunciadas fuera del autobús. _____ SI _____ NO

Puedo escuchar las rutas de autobús anunciadas dentro del autobús. _____ SI _____ NO

Puedo oír el tráfico lo suficientemente bien como para cruzar la calle. _____ SI _____ NO

Puedo escuchar al conductor anunciar mi parada. _____ SI _____ NO

Pido a otro pasajero que me ayude a encontrar mi parada. _____ SI _____ NO

Puedo ver mi parada desde el interior del autobús _____ SI _____ NO

Puedo subir y bajar 3 escalones, si hay pasamanos a ambos lados. _____ SI _____ NO

Puedo viajar solo/sola. _____ SI _____ NO

Puedo llegar solo/sola a la parada de autobús de MMT. _____ SI _____ NO

Puedo agarrar barandillas y manijas. _____ SI _____ NO

Puedo manejar monedas y billetes. _____ SI _____ NO

Necesito la ayuda de otra persona para viajar en el autobús. _____ SI _____ NO

En caso afirmativo, ¿qué hacen para ayudarle? _____

Bríndenos una mejor comprensión de sus opiniones sobre el servicio de ruta fija de MMT.

- El sistema de autobuses es demasiado complicado para que yo lo entienda. _____ SI _____ NO
- He oído historias realmente buenas sobre el servicio de autobuses de MMT. _____ SI _____ NO
- Necesito un asiento en el autobús y tengo miedo de no conseguirlo. _____ SI _____ NO
- Todos en el autobús se enfadarán si tardo más en subir. _____ SI _____ NO
- Viajar en autobús me hace más vulnerable al crimen. _____ SI _____ NO
- Temo por mi seguridad. _____ SI _____ NO
- Creo que mi barrio tiene un buen servicio de autobús. _____ SI _____ NO
- Tengo miedo de bajarme en la parada equivocada. _____ SI _____ NO
- Llegar a tiempo a mi destino es importante para mí. _____ SI _____ NO
- Hacer mis viajes en autobús me llevaría demasiado tiempo. _____ SI _____ NO
- Tendría que levantarme más temprano por la mañana para usar el autobús. _____ SI _____ NO
- Tengo miedo de subirme al autobús equivocado. _____ SI _____ NO
- Si el autobús se mueve antes de que yo esté sentado, tengo miedo de caerme. _____ SI _____ NO

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Contacto de Emergencia:

¿Podemos tener el nombre de alguien con quien contactar en caso de una emergencia?
Seleccione a alguien que no viajaría con usted.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono Casa _____ Celular _____

Trabajo _____

¿Alguien le ayudo a completar esta solicitud? Si es así, complete la siguiente información.

Nombre: _____

Teléfono de día: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado/Código Postal: _____

Firma: _____

Fecha: _____