

ADA

Formulaire de demande de certification pour le service RIPTA ADA Paratransit

La loi fédérale relative aux Américains handicapés (ADA) exige des services de transport public (Ride Paratransit) comparables pour les personnes handicapées qui, en raison de leur incapacité, ne sont pas en mesure d'utiliser une ligne de bus à itinéraire fixe normale de RIPTA.

Si vous pensez souffrir d'un handicap qui vous empêche d'utiliser un bus normal de RIPTA, veuillez compléter cette demande et la renvoyer à l'adresse ci-dessous. Si vous êtes considéré admissible, vous pourrez être accepté pour tous vos trajets ou uniquement certains d'entre eux.

Il est important de noter que toutes les sections de cette demande doivent être remplies, notamment celles réclamées par un professionnel de santé. **C'est à vous, le demandeur, qu'il appartient de remplir cette demande d'admissibilité.** Il pourra également vous être demandé de passer une évaluation professionnelle dans une installation choisie par RIPTA.

RIPTA vous notifiera, sous 21 jours de la réception de votre **demande dûment remplie**, votre admissibilité au service ADA Paratransit.

Des exemplaires de ce formulaire en format accessible sont disponibles sur demande.

Remarque : Des frais de 4 \$ aller et 4 \$ retour sont facturés sur tous les trajets Ride ADA. Si vous utilisez un bus normal de RIPTA, appelez le 784-9500, poste 604, pour demander une carte de bus gratuite ou à demi-tarif.

Veuillez renvoyer le formulaire
dûment rempli à :

RIPTA
ADA Coordinator
705 Elmwood Ave.
Providence, Rhode Island 02907

Numéro de télécopie : (401)
461.8210

**Des questions sur ADA ?
Appelez le (401) 461-9760
TDD RI Relay (800) 745-5555 ou
711**

Section I Informations personnelles

Veillez remplir en majuscules

1. Prénom : _____ Deuxième prénom : _____ Nom de famille : _____
2. Adresse : _____ N° d'appart. _____
3. Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
4. Date de naissance : _____ Homme Femme
(Mois/jour/année)
5. Tél. la journée : _____ Portable : _____
6. Numéro de sécurité sociale : _____
7. Utilisez-vous le programme Ride pour des visites médicales, nutritionnelles ou de soins de jour ? _____
8. Maîtrise de l'anglais (Veillez cocher toutes les réponses applicables)
 Anglais Espagnol Autre (Veillez préciser) _____
9. Numéro de contact d'urgence : _____ Téléphone professionnel : _____
Téléphone portable : _____
10. Relation : _____ Téléphone personnel : _____
11. Veuillez décrire votre handicap et expliquer pourquoi il vous empêche d'utiliser le service de bus normal de RIPTA :

12. Cette état est-il temporaire ? Oui Non

Si oui, quelle est sa durée prévue ?

Section I
Informations personnelles (suite)

13. Existe-t-il d'autres états de santé ou d'invalidité qui affectent votre capacité d'utilisation du bus ? Oui Non

Si oui, veuillez expliquer : _____

Section II
Informations de mobilité

14. Quels équipements ou aides à la mobilité utilisez-vous pour vous rendre à l'endroit où vous devez aller ?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant manuel | <input type="checkbox"/> Animal d'assistance |
| <input type="checkbox"/> Canne | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> Tableau |
| <input type="checkbox"/> blanche | <input type="checkbox"/> motorisé | <input type="checkbox"/> d'illustrations |
| <input type="checkbox"/> Béquilles de | <input type="checkbox"/> Scooter/chariot | <input type="checkbox"/> Tableau |
| marche | <input type="checkbox"/> motorisé | <input type="checkbox"/> alphabétique |
| | <input type="checkbox"/> Aucun d'entre eux | <input type="checkbox"/> Autre |

Le fauteuil roulant/aide à la mobilité dépasse-t-il 30 x 48 pouces ou 600 livres ?

15. Avec une aide à la mobilité ou seul, quel nombre de blocs pouvez-vous parcourir au niveau du sol (1 bloc = 500 pieds) ? Nombre de blocs :

16. Avez-vous besoin d'un accompagnateur ou d'un assistant pour vous déplacer ?

Oui

Non

17. Votre invalidité vous empêche-t-elle de vous rendre à un arrêt de bus ou d'en revenir ?

Oui

Non

Veuillez expliquer : _____

Section II
Informations de mobilité (suite)

18. Pouvez-vous monter trois marches avec rambarde sans aide ?

Oui

Non

Veillez expliquer :

19. Votre capacité de déplacement ou d'attente à l'extérieur est-elle affectée par une température extrêmement froide ou chaude ?

Oui

Non

Si oui, veuillez décrire les conditions que vous n'êtes pas en mesure de tolérer ?

20. Êtes-vous en mesure de monter à bord d'un bus de transport standard ou d'en descendre par un élévateur de fauteuil roulant ?

Oui

Non

Explication si nécessaire :

Section II
Informations de mobilité (suite)

21. Pouvez-vous vous déplacer sans aide ?

Oui

Non

22. Êtes-vous en mesure de demander, comprendre et suivre les instructions d'orientation ?

Oui

Non

23. Si cette demande n'a pas été remplie par le demandeur, la personne qui s'en est chargée doit remplir la section suivante :

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

N° de téléphone : _____

Signature : _____ Date : _____

Vous avez maintenant rempli la section du demandeur d'admissibilité. Veuillez remettre l'ensemble de cette demande au professionnel de santé le plus familiarisé avec vos limitations.

J'autorise par les présentes RIPTA et son programme RIde à recevoir mes informations personnelles et de santé qui sont considérées protégées, ainsi qu'à divulguer tout ou partie de ces informations requises conformément à la Réglementation de conformité et à toutes les Réglementations fédérales HIPAA aux entités appropriées responsables du paiement des opérations de santé, des traitements ou autres.

Il est entendu que, pour permettre à RIPTA d'évaluer ma demande, il pourra être nécessaire de contacter le professionnel de santé ayant rempli la section III de cette demande et que je pourrais être sujet à une évaluation professionnelle dans une installation choisie par RIPTA.

J'autorise également ce professionnel de santé à utiliser mon numéro d'identification RIde pour planifier mes trajets RIde à mon nom. Cette autorisation est accordée en apposant ma signature ci-dessous.

Je certifie par les présentes que les informations fournies dans cette demande sont véridiques et exactes.

Signature : _____ Date : _____

Section III
Vérification par un professionnel de santé

Cette section du formulaire de demande doit être remplie par un professionnel de santé ou de rééducation, en général un médecin ou un infirmier.

La section III n'est pas destinée à servir de vérification de la condition médicale du demandeur, mais à déterminer l'effet de la condition médicale sur la capacité du demandeur à utiliser seul un bus normal de RIPTA.

Il est nécessaire de répondre à toutes les questions pour que ce formulaire puisse être considéré complet.

Remarque : tous les bus normaux de RIPTA sont équipés d'un élévateur de fauteuil roulant.

En outre, si le demandeur est en mesure d'utiliser un bus normal, il est probablement admissible pour une carte de bus gratuite ou à demi-tarif.

24. Nom du demandeur : _____

25. À quel titre connaissez-vous le demandeur ? _____

26. Diagnostic médical ou condition à l'origine de l'invalidité qui empêche le demandeur d'accéder, de monter et/ou de voyager seul dans un bus RIPTA.

27. L'état est-il temporaire ? Oui Non

28. Le demandeur peut-il se déplacer par bus normal de RIPTA ? _____

Quand et dans quelles conditions ? _____

(Questions 27 et 28)

Si la réponse est « incapable », veuillez expliquer les limitations fonctionnelles
la page 8.

29. Le demandeur est-il ou non capable d'exécuter les activités suivantes ?

(a). Capable de monter seul 3 marches de 12 pouces sur un bus de RIPTA ?

Capable

Incapable

(b). Capable de se rendre seul à un arrêt de bus normal de RIPTA ?

Capable

Incapable

(c). Capable de monter et descendre seul d'un bus normal de RIPTA sans élévateur de fauteuil roulant ?

Capable

Incapable

(d). Le demandeur a-t-il besoin d'un assistant/accompagnateur pour se déplacer ?

Oui

Non

30. Si le demandeur souffre d'un handicap cognitif, est-il :

(a). En mesure de lire les panneaux d'information et de demander ou suivre les instructions d'orientation ?

Capable

Incapable

(b). Capable de se déplacer seul ?

Capable

Incapable

Dans la négative, veuillez expliquer : _____

31. **Nom du professionnel de santé :** _____ **Fonction du professionnel des soins de santé :** _____

Adresse professionnelle : _____

Ville : _____ **État :** _____ **Code postal :** _____

Numéro de téléphone professionnel : _____ **Télécopie :** _____

Signature : _____

Date : _____

COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES

**Rhode Island Public Transit Authority
Attention: ADA Coordinator
705 Elmwood Ave.
Providence, RI 02907**