



# ADA

## Candidatura para a Certificação do Serviço de Transportes Semi-coletivos Especiais da RIPTA para a ADA

A lei para os americanos com deficiências (ADA, Americans with Disabilities Act) exige a prestação de serviços de transportes semi-colectivos especiais (transportes semi-colectivos especiais **Ride**) para as pessoas com deficiência, semelhante ao serviço das linhas regulares, para pessoas que não podem usar as carreiras de autocarros regulares da RIPTA.

**Se acredita que tem uma deficiência que o impede de usar as carreiras de autocarros regulares da RIPTA, por favor preencha esta candidatura e envie-a para o endereço em baixo. Se for considerado elegível, poderá ser aprovado para todas as viagens ou só para algumas destas.**

É fundamental preencher todas as partes desta candidatura, incluindo as secções a serem preenchidas por um Profissional de Saúde. **O requerente é responsável pelo preenchimento total desta candidatura para a elegibilidade.** O requerente também terá de se submeter a uma avaliação profissional numa das instalações de teste seleccionadas pela RIPTA.

A RIPTA irá notificá-lo no prazo de 21 dias da receção da sua **candidatura completa** sobre a sua elegibilidade para o serviço de transportes semi-colectivos especiais da ADA.

Estão disponíveis cópias deste formulário de candidatura em formatos acessíveis mediante solicitação.

**Nota: A tarifa da viagem Ride ADA em cada direcção é de \$4,00. Se conseguir viajar num autocarro regular da RIPTA, contacte-nos no 784-9500 ext. 604 e solicite um passe a metade do preço ou gratuito.**

Envie a candidatura completa para:

RIPTA  
Coordenador ADA  
705 Elmwood Avenue  
Providence, Rhode Island 02907

Número de Fax: (401) 461.8210

Precisa de resposta para as questões ADA?  
Ligue (401) 461-9760  
TDD ou FRS (800) 745-5555 ou 711

Formatted: Font: 11 pt

**Secção I**  
**Informações Pessoais**

2

**Por favor imprima**

1. Nome Próprio: \_\_\_\_\_ Inicial do 2º Nome: \_\_\_\_\_ Apelido: \_\_\_\_\_

2. Morada: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

3. Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

4. Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  Masculino  Feminino  
(Mês/Dia/Ano)

5. Telefone de dia: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_

6. Número de Segurança Social: \_\_\_\_\_

7. Usa o Programa RIde para viagens para obter cuidados médicos, nutrição ou centros de dia? \_\_\_\_\_

8. Aptidões linguísticas (selecione todos os que se aplicam)  
 Inglês  Espanhol  Outro (Especificar) \_\_\_\_\_

9. Nome de Contacto de Emergência: \_\_\_\_\_ Telefone de trabalho: \_\_\_\_\_

Telemóvel: \_\_\_\_\_

10. Relação: \_\_\_\_\_ Telefone de casa: \_\_\_\_\_

11. Descreva a sua deficiência e explique como esta o impede de usar o Serviço de autocarro regular da RIPTA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Esta condição é temporária?  Sim  Não

Se sim, qual a duração prevista? \_\_\_\_\_

**Secção I**  
**Informações Pessoais (cont.)**

13. Existem mais alguns problemas de saúde ou deficiências que afetem a sua capacidade de usar o autocarro?  Sim  Não

Se sim, explique por favor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Secção II**  
**Informação sobre a mobilidade**

14. Quais destes auxiliares de mobilidade ou equipamentos utiliza para o ajudar a chegar onde deseja ir?

- |                                    |  |   |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bengala   | <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas Manual   | <input type="checkbox"/> Animal de Serviço  |
| <input type="checkbox"/> Bengala   | <input type="checkbox"/> Cadeira de Rodas Elétrica | <input type="checkbox"/> Quadro de Imagens  |
| <input type="checkbox"/> Branca    | <input type="checkbox"/> Moto Elétrica/Carro       | <input type="checkbox"/> Quadro de Alfabeto |
| <input type="checkbox"/> Andarilho | <input type="checkbox"/> Nenhum dos Acima          | <input type="checkbox"/> Outro              |
| <input type="checkbox"/> Muletas   |  |   |

O seu dispositivo de mobilidade/cadeira de rodas excede 30 x 48 polegadas ou 600 libras?

\_\_\_\_\_

15. Utilizando sozinho um auxiliar de mobilidade, quantos quarteirões consegue andar Ao nível do chão (1 quarteirão = 500 pés)? Número de quarteirões: \_\_\_\_\_

16. Necessita de um acompanhante quando viaja?

Sim  Não

17. A sua deficiência impede-o de chegar à paragem de autocarro?

Sim  Não

Por favor explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Secção II**  
**Informação sobre a mobilidade (cont.)**

4

18. Consegue subir três degraus com corrimão sem assistência?

Sim

Não

Por favor explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. A sua capacidade de viajar ou de esperar ao ar livre é afetada por calor extremo ou clima muito frio?

Sim

Não

Se sim, descreva as condições que não tolera. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Consegue embarcar ou desembarcar de um autocarro regular com elevador para cadeira de rodas?

Sim

Não

Explicação se necessária: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Secção II**  
**Informação sobre a mobilidade (cont.)**

5

21. Consegue andar sozinho sem assistência?

Sim

Não

22. Consegue pedir, compreender e seguir direções?

Sim

Não

23. No caso desta candidatura ter sido preenchida por um terceiro que não é o requerente, essa pessoa tem de preencher o seguinte:

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Telefone #: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Completou a secção do requerente da candidatura de elegibilidade. Por favor entregue o formulário de candidatura completo ao profissional de saúde mais familiarizado com as suas limitações funcionais.**

Venho por este meio autorizar a RIPTA e o seu Programa RIde a receber a minha informação clínica protegida e as minhas informações pessoais, e a divulgar qualquer desta informação às entidades competentes responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde, tratamento ou outro permitido ou exigido pela Política de Privacidade e em conformidade com os regulamentos federais HIPAA.

Entendo que, para permitir à RIPTA a avaliação da minha candidatura, pode ser necessário contactar o profissional de saúde que preencheu a Secção III desta candidatura e que posso ter de ser submetido a uma avaliação médica profissional numa das instalações de teste selecionadas pela RIPTA.

Autorizo igualmente tal profissional de saúde a utilizar o meu número de identificação RIde para agendar as viagens RIde em meu nome. A minha assinatura em baixo formaliza esta autorização.

Certifico pela presente que a informação fornecida nesta candidatura é verdadeira e correta.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Secção II**  
**Verificação do profissional de saúde**

***Esta parte do formulário de candidatura deve ser preenchida na totalidade por um profissional de saúde ou de reabilitação, geralmente um médico ou enfermeiro.***

A Secção III não pretende servir de verificação da condição clínica do requerente mas sim determinar o efeito da condição de saúde na capacidade do requerente para utilizar de forma independente um autocarro das linhas regulares da RIPTA.

Todas as perguntas têm de ser respondidas para esta candidatura ser considerada completa.

**Nota: Todos os autocarros das linhas regulares da RIPTA estão equipados com um elevador para cadeira de rodas.**

**É de notar que, caso o requerente consiga usar os autocarros das linhas regulares, pode ser elegível para um passe a metade do preço ou gratuito.**

24. Nome do requerente: \_\_\_\_\_

25. Em que capacidade conhece o requerente: \_\_\_\_\_

26. Diagnóstico médico ou condição que causa a deficiência e impede o requerente de chegar a, embarcar e/ou viajar num autocarro regular da RIPTA de forma independente. \_\_\_\_\_

27. Esta condição é temporária?  Sim  Não

28. O requerente pode em alguma situação viajar num autocarro regular da RIPTA?

Quando e em que condições? \_\_\_\_\_

29. O requerente é capaz ou incapaz de exercer as seguintes atividades?

(a). Capaz de subir 3 degraus de 12 polegadas num autocarro RIPTA sem assistência?

Capaz                       Incapaz

(b). Capaz de chegar e regressar de uma paragem de autocarro da RIPTA sem assistência?

Capaz                       Incapaz

(c). Capaz de embarcar ou desembarcar de um autocarro regular com elevador para cadeira de rodas?

Capaz                       Incapaz

(d). O requerente necessita de um acompanhante quando viaja?

Sim                               Não

30. Se o requerente tem uma deficiência cognitiva, é capaz de:

(a). Ler sinais de informação e pedir ou seguir direções?

Capaz                       Incapaz

(b). Andar por aí de forma independente?

Capaz                       Incapaz

Se não, explique por favor: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nome do profissional de saúde:** \_\_\_\_\_

31. **Cargo do profissional de saúde:** \_\_\_\_\_

**Endereço profissional:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Telefone do trabalho:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

## COMENTÁRIOS ADICIONAIS

8

**Autoridade Competente do Transporte Público em Rhode Island  
Ao cuidado de: Coordenador ADA  
705 Elmwood Avenue  
Providence, RI 02907**