



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.

Formatted: Font: 11 pt

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

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?

Bengala
 Bengala
 Branca
 Andarilho
 Muletas

Cadeira de Rodas Manual
 Cadeira de Rodas Elétrica
 Moto Elétrica/Carro
 Nenhum dos Acima

Animal de Serviço
 Quadro de Imagens
 Quadro de Alfabeto
 Outro

O seu dispositivo de mobilidade/caadeira 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