

ADA

Domanda di certificazione per il servizio di trasporto invalidi ADA della RIPTA

Il Federal Americans with Disabilities Act (ADA) richiede servizi di trasporto pubblico comparabile (trasporto per invalidi **Rlde**) per persone che, a causa della loro disabilità non sono in condizione di usare un autobus regolare con itinerario fisso della RIPTA .

Se ritenete che, a causa della vostra disabilità non siete in condizione di usare un normale autobus della RIPTA, compilate questa domanda e ritornatela all'indirizzo indicato più sotto. Se siete trovati idonei, è possibile che l'approvazione valga per tutti i viaggi, o soltanto per alcuni.

È importante notare che tutte le parti di questa domanda devono essere completate, incluse le parti richieste da Health Care Professional. **Come richiedenti, siete responsabili dell'intera compilazione della domanda per il riconoscimento dell'idoneità.** Vi sarà anche richiesto di completare una valutazione professionale all'impianto dei test scelto dalla RIPTA.

RIPTA vi informerà entro 21 giorni dal ricevimento della **domanda completamente compilata** sulla vostra idoneità o meno a ricevere il servizio di trasporto invalidi ADA.

Copie del modulo della domanda sono disponibili in formato accessibile, su richiesta.

Nota: è prevista una tariffa di **\$4 per ogni volta che si usa un regolare autobus Rlde di ADA. Se potete usare un autobus regolare della RIPTA, chiamate il numero 784-9500 est. 604, per richiedere un viaggio gratuito o a metà tariffa.**

Inviare la domanda completata a:

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

Numero di fax: (401) 461.8210

**Desiderate altre informazioni da ADA?
Chiamate il numero (401) 461-9760
TDD Relé RI (800) 745-5555 o 711**

Si prega di scrivere in stampatello

1. Nome: _____ Secondo nome: _____ Cognome: _____

2. Indirizzo: _____ N app. _____

3. Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

4. Data di nascita: _____ Maschio Femmina
(Mese/Giorno/Anno)

5. Telefono diurno: _____ Cell: _____

6. Numero di sicurezza sociale: _____

7. Usa il programma RIde per ragioni di visite mediche, nutrizionali o cure mediche? _____

8. Conoscenza delle lingue (Applicate un segno di spunta su tutte quelle applicabili)

Inglese Spagnolo Altra (si prega specificare) _____

9. Nome di contatto di emergenza: _____

Nro. di lavoro: _____

Cellulare: _____

10. Relazione: _____ Numero di casa: _____

11. Descriva la sua invalidità e come la rende impossibilitato a usare un regolare servizio di autobus della RIPTA:

12. Questa condizione è temporanea? Sì No

Nell'affermativa, qual è la durata prevista? _____

Sezione I
Informazioni personali (continua)

13. Vi sono altre condizioni di salute che la impediscono di usare l'autobus?
 Sì No

Nell'affermativa, la preghiamo di fornire spiegazioni: _____

Sezione II
Informazioni sulla mobilità

14. Quali tra questi aiuti alla mobilità lei usa per consentirle di recarsi dove desidera?

___ Bastone
 ___ Bastone bianco
 ___ Tutore
 ___ Stampelle

___ Sedia a rotelle manuale
 ___ Sedia a rotelle elettrica
 ___ Scooter/cart elettrici
 ___ Nessuno di quelli qui
 sopra

___ Animale di servizio
 ___ Foto
 ___ Alfabeto fonetico
 ___ Altro

La sedia a rotelle elettrica o l'altro dispositivo di mobilità supera 30 x 48 pollici o 600 libbre? _____

15. Usando un aiuto alla mobilità, o da solo/a, quanti isolati può coprire su un terreno piano (*1 isolato = 500 piedi*)?

Numero di isolati: _____

16. Necessita di un accompagnatore o di un assistente durante i suoi trasferimenti?

Sì No

17. La sua invalidità le impedisce di dirigersi da o verso una fermata dell'autobus?

Sì No

La preghiamo di spiegare: _____

18. Può salire tre gradini con ringhiere senza assistenza?

Sì

No

La preghiamo di spiegare: _____

19. La sua capacità di trasferirsi o di attendere fuori della porta è influenzata dalle temperature estreme?

Sì

No

Nell'affermativa, la preghiamo di descrivere le condizioni che non può tollerare _____

20. È in grado di salire e scendere da un autobus standard dotato di un sollevatore della sedia a rotelle?

Sì

No

La preghiamo di spiegare, se necessario: _____

Sezione II
Informazioni sulla mobilità (Continua)

21. è in grado di spostarsi indipendentemente senza assistenza?

 Sì No

22. È in grado di chiedere, comprendere e seguire un itinerario?

 Sì No

23. Se questa domanda è stata compilata da una persona diversa dal richiedente, questa persona deve completare quanto segue:

Nome: _____

Indirizzo: _____

Città: _____ Stato: _____ CAP: _____

N. telefono: _____

Firma: _____ Data: _____

Ora ha completato la Sezione riguardante la sua idoneità. La preghiamo di far leggere questa intera domanda a un professionista sanitario che conosce bene le sue limitazioni motorie.

Con la presente autorizzo la RIPTA e il suo programma RIde di ricevere qualsiasi informazione riguardante la mia salute e di portarle a conoscenza agli enti responsabili del pagamento di operazioni sanitarie, trattamenti o in altri modi permesse o richieste dalle Regole sulla privacy, conformemente a tutte le normative federali HIPAA.

Comprendo che per consentire alla RIPTA di valutare la mia domanda, potrà essere necessario contattare il professionista sanitario che ha completato la Sezione III di questa domanda e che mi potrà essere richiesto di completare una valutazione professionale presso una struttura sanitaria scelta dalla RIPTA.

Autorizzo anche che il professionista sanitario utilizzi il mio numero di RIde per programmare trasferimenti RIde per mio conto. La mia firma apposta qui sotto fornisce questa autorizzazione.

Con la presente certifico che le informazioni fornite in questa domanda sono veritiere e accurate.

Firma: _____ Data: _____

Sezione III
Verifica del professionista sanitario

Questa porzione del modulo della domanda deve essere completato da un professionista sanitario o specializzato in riabilitazioni, normalmente un medico o un infermiere/a.

Nella Sezione III non si intende verificare la condizione medica del richiedente, ma si intende determinare l'effetto della condizione medica in parola sulla capacità del richiedente di usare o meno da solo un autobus regolare della RIPTA.

Affinché questa domanda possa considerarsi completa, si deve rispondere a tutte le domande.

Nota: ogni autobus regolare della RIPTA è dotato di un sollevatore della sedia a rotelle.
Inoltre, se il richiedente può usare un autobus regolare, egli può essere idoneo a un viaggio gratis o a metà tariffa.

24. Nome del richiedente: _____

25. Capacità di questo richiedente della quale è a conoscenza: _____

26. Diagnosi o condizione che impedisce al richiedente di dirigersi verso, salire e/o viaggiare da solo su un autobus della RIPTA.

27. La condizione è temporanea? Sì No

28. In tale condizione, il richiedente è in grado di viaggiare lo stesso su un autobus regolare della RIPTA? _____

Quando, in quali condizioni? _____

(Domande 27 & 28)

Se una risposta è "Incapace", spieghi la limitazione della funzione a pagina 8

7

29. Il richiedente è capace o meno di eseguire le seguenti attività?

(a). Capace di salire 3 gradini da 12 pollici su un autobus della RIPTA senza assistenza?

Capace

Incapace

(b). Capace di dirigersi da o verso una fermata di autobus della RIPTA senza assistenza?

Capace

Incapace

(c). Capace di salire o scendere indipendentemente da un autobus normale della RIPTA con un sollevatore di sedie a rotelle?

Capace

Incapace

(d). Il richiedente ha bisogno di un accompagnatore o di un assistente quando viaggia?

Sì

No

30. Se il richiedente ha un'incapacità cognitiva, è:

(a). Capace di leggere i segnali informativi, chiedere o seguire le direzioni?

Capace

Incapace

(b). Capace di spostarsi da solo indipendentemente?

Capace

Incapace

Nella negativa, la preghiamo di spiegare: _____

Nome del professionista sanitario: _____

31. **Titolo del professionista sanitario:** _____

Indirizzo dell'ufficio: _____

Città: _____ **Stato:** _____ **CAP:** _____

Numero di telefono dell'ufficio: _____ **Fax:** _____

Firma: _____ **Data:** _____

COMMENTI ADDIZIONALI

Rhode Island Public Transit Authority
All'attenzione del:
Coordinatore ADA
705 Elmwood Ave.
Providence, RI 02907