



SunLine Transit Agency Elegibilidad ADA

Solicitud de Certificación

Esta forma de certificación será usada para determinar su elegibilidad para el servicio de SunDial. SunDial es un servicio de banqueta-a-banqueta para individuos con incapacidades quienes no pueden usar las rutas fijas de SunBus. Los servicios de SunBus y SunDial son completamente accesibles para individuos con incapacidades.

Usted debe de llenar la forma entera y responder a cada pregunta. Las formas que no estén completas no serán consideradas. Un médico tiene que verificar su incapacidad, pronosis y fecha de ocurrencia. La verificación puede ser obtenida directamente de su médico o de una agencia que tiene sus archivos médicos. Esta información debe ser escrita en una carta oficial de su médico o en la forma "Physician Verification of Disability Form" y sometida con la solicitud. La información que provee es confidencial. Sólo será compartida con agencias que participan en la determinación de elegibilidad de SunLine y otros proveedores de tránsito que le ayudará a viajar en el área, pero no será compartida con cualquier otra persona o agencia, excepto con lo que provee el "California Open Records Act".

PARTE 2: Información de incapacidad y equipo de movilidad

1. Seleccione todo lo que aplica al origen de su condición o incapacidad:
/ Impedimento Cardiovascular / Incapacidad Muscular / Huesos
/ Retraso Mental / Incapacidad Neurológica
/ Dificultad Caminando / Oyendo / Impedimento Respiratorio
/ Usuario de Silla de Ruedas / Ataques / Convulsiones
/ Incapacidad Mental / Cognoscitiva / Incapacidad Visual

2. ¿En qué forma su incapacidad lo previene de usar SunBus?

3. ¿Es permanente su incapacidad?
/ Sí
/ No ¿Si no, cual es el tiempo aproximado de su incapacidad? ____/____/____/

4. ¿Ha tenido un ataque o convulsión?
/ Sí ¿Si sí, de qué tipo? _____ ¿Qué tan seguido? _____
/ No

5. ¿Los ataques/convulsiones se controlan con medicamento?
/ Sí
/ No

6. ¿Usted usa uno de los siguientes aparatos de movilidad? (Seleccione todos lo que apliquen)
/ Silla de Rueda / Andante / Bastón Blanco
/ Silla de Rueda Eléctrica / Braguero / Prótesis
/ Silla Motorizada / Animal de Servicio / Muletas
/ Oxigeno Portátil / Bastón
/ Otro _____

7. ¿Usted requiere un ayudante para usar los servicios de tránsito?
(Si sí, el ayudante siempre debe acompañarlo cuando use el servicio)
/ Sí
/ No

PARTE 3: Sus viajes actuales

Escriba 3-4 de sus destinos más frecuentes y cómo llega ahí actualmente.

Dirección de Destino	Frecuencia de Viaje	¿Cómo Llega Ahí?
----------------------	---------------------	------------------

PARTE 4: Verificación de información

Yo verifico que todas las declaraciones son verídicas y correctas a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que proveer información falsa puede descalificar mi solicitud y/o matriculación. Yo autorizo a SunLine que obtenga verificación de la información dada en esta solicitud y que obtenga información médica necesaria para determinar mi elegibilidad. Yo también acepto presentarme para una evaluación en persona por SunLine y/o una agencia que represente a SunLine para determinar mi elegibilidad.

Firma de Solicitante	Fecha
----------------------	-------

Si es completada por alguien más que no sea el solicitante.

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

Firma	Fecha
-------	-------

Después de completar esta forma, envíela a:

SunLine Transit Agency
32-505 Harry Oliver Trail
Thousand Palms, CA 92276

O por fax: 760-343-2634



SunLine Transit Agency
 Paratransit Services
Under the Americans With Disabilities Act of 1990 (ADA)

Physician Verification of Disability Form
 (Deliver or mail to your doctor)

Doctor: Please complete, sign and mail this Verification of Disability form as soon as possible. Your patient is being considered for enrollment in SunDial, a paratransit service. The information provided in this form is intended to verify any conditions/diseases that prevent your patient from using SunBus fixed-route services.

Mail to: 32-505 Harry Oliver Trail, Thousand Palms, CA 92276, ATTN: Customer Service

Or fax to: 760-343-2634

Patient Name _____

DOB _____ Date _____

The patient named above ___/ is currently being treated or ___/ was formerly treated by me.

Name of condition/ disease: _____ Date of onset: _____

Prognosis: _____

Please explain how this prevents your patient from using regular bus service on a fully accessible vehicle. (i.e. wheelchair lift equipped):

Does this patient require a travel aide or attendant? ___/ Yes ___/ No

Disability Status (select one):

___/ Patient will be temporarily disabled of ____ months.

___/ Patient is considered permanently disabled.

FOR VISUAL IMPAIRMENT

Visual Fields or Visual Acuity with best correction (must complete for both eyes):

Right eye: _____ Left eye: _____

My signature below certifies that the above information is accurate.

 ** Physician Signature and Credentials (M.D., O.D.)

 Print Physician Name and Credentials (M.D., O.D.)

License Number _____

State _____

 Physician's Office Phone Number

** Must be signed by licensed physician.

***** IMPORTANT NOTICE *****
THIS FORM WILL NOT BE
ACCEPTED UNLESS COMPLETED
IN ITS ENTIRETY BY THE
SIGNING PHYSICIAN.