

Hall Area Transit

Instrucciones para completar la solicitud de elegibilidad de ADA para el servicio WeGo On-Demand Vanpool

Hall Area Transit (HAT) es la agencia de transporte público que atiende a las personas dentro del condado de Hall y WeGo es el servicio de transporte compartido a pedido que las personas pueden llamar usando WeGo Powered by Via en un teléfono inteligente. Las personas que no tengan un teléfono inteligente pueden llamar directamente a la oficina administrativa de HAT al 770-503-3333 para configurar una cuenta y solicitar viajes.

Los vehículos WeGo no recoge ni deja personas en direcciones específicas. Más bien, el servicio está diseñado para recoger y dejar pasajeros en paradas de autobús “virtuales”. Dichas paradas generalmente se encuentran dentro de unas 250 yardas de la ubicación deseada. Se adjunta una hoja informativa de WeGo que contiene información adicional útil. Las personas con discapacidades que les impidan acceder de manera segura a una parada de autobús virtual pueden solicitar la elegibilidad de ADA. Si se aprueba, el vehículo de WeGo lo recogerá y lo dejará en la dirección específica solicitada dentro de nuestra área de servicio. Es importante tener en cuenta que WeGo es un servicio a pedido y no garantiza viajes para ninguna persona. Los tiempos de espera pueden variar mucho y hay momentos en que la demanda de viajes supera los asientos disponibles.

Se adjunta la Solicitud de elegibilidad de ADA que, si se aprueba, asegura que el solicitante recibirá un servicio de donde puede ser recogido en una ubicación específica sin limitación de paradas virtuales predeterminadas. Complete la solicitud junto con un profesional médico y devuélvala a:

Attention: ADA Application
Hall Area Transit
687 Main Street
Gainesville, GA 30501

Solicitud de elegibilidad de ADA

Información General

Nombre del solicitante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono de casa #: _____

Número de celular #1: _____

Número de celular 2: _____

Persona(s) de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Experiencia en transporte público:

¿En qué ciudades ha utilizado el servicio de transporte público?

Información de movilidad

¿Cual de las siguientes ayudas para movilidad utiliza? (marque todo lo que corresponda)

1. Bastón/Muletas

2. Prótesis

3. Anadador

4. Silla de ruedas manual

_____ Marca del dispositivo

_____ Dimensiones del dispositivo

_____ Peso del dispositivo

_____ Peso del solicitante

5. Silla de ruedas eléctrica o scooter

_____ Marca de dispositivo

_____ Dimensiones del dispositivo

_____ Peso del dispositivo

_____ Peso del solicitante

6. Animal de servicio

¿Qué tipo de animal de servicio utiliza? _____

¿Para qué servicio está entrenado el animal?_

7. Oxígeno portátil

8. Ninguna de las anteriores

9. Otro (por favor describa) _____

¿Necesita usar un ascensor o una rampa cuando utiliza los servicios de transporte público?

___ Sí ___ No

¿Viajará con un ayudante/cuidador mientras utiliza los servicios de tránsito?

___ Sí ___ No

Si viaja con un ayudante/cuidador, ¿puede subir/bajar del vehículo sin la ayuda del operador del vehículo?

___ Sí ___ No

¿Qué está incluido en el trabajo del ayudante o cuidador?

_____ Llevarme hacia o desde el vehículo

_____ Subirme y bajarme del vehículo

_____ Planificando mi viaje

_____ Otro: _____

Información sobre discapacidad

¿Cuál es la condición de salud o discapacidad por la que solicita la consideración de transporte público de la ADA? Enumere todas las condiciones/discapacidades aplicables.

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

¿Es esta condición temporal? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, ¿cuál es la duración esperada de esta condición/discapacidad?

de _____ (circule uno) días/semanas/meses/años

¿Su condición/discapacidad cambia a diario de manera que afecte su capacidad para usar el servicio de transporte público? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Información de capacidades de viaje

¿Es capaz de pedir, comprender y seguir instrucciones escritas o habladas, ya sea de forma independiente o con la ayuda de una persona? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es "No" o a veces, explique: _____

¿Eres capaz de lidiar con situaciones inesperadas y cambios inesperados en la rutina?

(Algunos ejemplos de situaciones inesperadas incluyen desvíos en las carreteras que obligan al conductor del vehículo a conducir por carreteras que no le son familiares, retrasos causados por el tráfico o accidentes, sonidos fuertes como sirenas, alerta/advertencia de tornado, o una cantidad generalmente grande de personas en el vehículo)

_____ Sí _____ No

Usando una ayuda para la movilidad, ¿cuán lejos puede viajar sin la ayuda de otra persona?

Menos de 200 pies

¼ milla (3 cuadras de la ciudad)

½ milla (6 cuadras de la ciudad)

¾ milla (9 cuadras de la ciudad)

Nombre del solicitante (letra imprenta): _____

Firma del solicitante: _____

Nombre y relación de la persona que ayudó a completar esta solicitud:

Certificación Personal

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. Reconozco expresamente que Hall Area Transit (HAT) se basará en la información contenida en este documento para determinar mi elegibilidad para participar en el programa. Acepto que si alguna de la información proporcionada a HAT es falsa o engañosa, HAT tendrá derecho a reconsiderar mi derecho a acceder al servicio solicitado arriba, además de ejercer cualquier otro derecho o recurso que HAT pueda decidir usar bajo las circunstancias.

Además, autorizo la divulgación de información médica a HAT en mi discapacidad y su efecto sobre mi capacidad para viajar, que puede ser necesaria, en relación con mi solicitud de certificación de elegibilidad de ADA. Tengo entendido que la información divulgada se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad de ADA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se revoque antes, este formulario permitirá que el profesional mencionado divulgue la información descrita hasta 60 días después de la fecha que aparece a continuación.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono #: _____