



Solicitud de servicio de transporte especial de Handitran

Complete el formulario, incluida la firma de la Solicitud de Handitran. **Los adultos mayores de 65 años deben presentar junto con la solicitud una constancia de verificación de su edad. Las personas menores de 65 años deben presentar un Certificado de discapacidad de su médico donde se indique que el solicitante es discapacitado para viajar.** Para recibir el formulario se debe abonar una tarifa de \$10. Esto no garantiza la disponibilidad de viajes.

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____
Correo electrónico _____ Edad _____ Sexo _____
Dirección _____ Apartamento n.º _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Nombre del edificio o residencia de ancianos: _____
Teléfono de la casa _____ Teléfono móvil _____

Persona de contacto en caso de emergencia _____ Teléfono de la casa _____
Dirección _____ Otro teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Relación _____

Médico personal _____ Teléfono _____
Dirección _____ N.º de suite _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿El solicitante necesita un asistente o supervisión durante el transporte?

- Sí Explique: _____
 No

Uso de dispositivos de ayuda (marque todas las opciones que correspondan):

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual estándar | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica convencional |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Equipo portátil de oxígeno | <input type="checkbox"/> Animal de servicio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Escúter motorizado | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Cuál es la marca o el número de modelo (si está disponible) del dispositivo de movilidad? _____

Si usa silla de ruedas, ¿su residencia tiene una rampa para sillas de ruedas para varios escalones? Sí No N/A

Si usa un animal de servicio, ¿qué servicio le proporciona el animal? _____

(El conductor no puede subir o bajar escalones con una silla de ruedas cuando superen las 6 pulgadas o si hay varios escalones; las rampas deberán ser seguras).

¿Necesita ayuda del conductor? Sí No _____

¿Tiene alguna afección que debamos conocer? Sí No _____

¿Ha completado alguna vez una solicitud de servicio de Handitran? Sí No

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN

En contraprestación por el uso que la Ciudad de Arlington me permite realizar del sistema de transporte especial de Handitran, acepto renunciar a todas las reclamaciones, exonerar de responsabilidad, indemnizar, defender y mantener indemne a la Ciudad de Arlington, sus empleados, agentes, patrocinadores y voluntarios que colaboran en el programa de Handitran respecto de todos los daños, reclamaciones o responsabilidades de cualquier naturaleza que pudieran surgir por lesiones o muerte de alguna persona, o por la pérdida, el daño o la pérdida de uso de cualquier propiedad que se produzca por cualquier error, omisión, violación de las normas o reglamentos de Handitran, o acto negligente de mi parte. Dicha indemnidad aplica independientemente de si los daños y perjuicios, reclamaciones o responsabilidades surgen total o parcialmente por error, omisión o violación de las normas o reglamentos de Handitran, o por negligencia de la Ciudad de Arlington o de mi parte. Es mi intención expresa que la indemnidad prevista en este párrafo sea garantizada por mí para indemnizar y proteger a la Ciudad de Arlington de las consecuencias de la negligencia de la Ciudad de Arlington, sin importar si dicha negligencia es la única causa o una causa concurrente de las lesiones, la muerte o los daños.

AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO LO SIGUIENTE:

RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA POLÍTICA: He recibido la información que antecede sobre las políticas y los procedimientos de Handitran y acepto regirme por estas políticas.

VERIFICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Verifico que la información incluida en esta solicitud de servicio es fiel y correcta a mi leal saber y entender. Además, autorizo al personal de Handitran a verificar cualquier información incluida en esta solicitud, por ejemplo, información médica pertinente y necesaria para determinar la elegibilidad de la prestación de servicios de viaje.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD E INDEMNIZACIÓN: He leído la información sobre exoneración de responsabilidad e indemnización señalada arriba, comprendo sus términos y condiciones, y firmo voluntariamente y con pleno conocimiento la aceptación de sus implicancias.

Fechado el _____ de _____ de 20_____

X

Firma del solicitante (o tutor legal con poder notarial)

(Proporcionar copia del poder notarial)

CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Esta página debe ser completada por un médico en el caso de solicitantes con discapacidades que tienen menos de 65 años de edad. Si el médico no completa esta parte del formulario, podría ocurrir una demora respecto de la certificación o no certificación del solicitante. Esta sección no es necesaria para solicitantes mayores de 65 años si se presenta un comprobante de edad. No obstante, además del comprobante de edad, se recomienda completarla para brindar información sobre la discapacidad.

PARA EL MÉDICO:

Las personas que deseen obtener la certificación de Handitran deben ser adultos mayores (65 años o más) o tener limitaciones de transporte en virtud de una discapacidad mental o física. El programa es un servicio de viaje compartido subvencionado que proporciona transporte a personas con una discapacidad física o mental que les impide conducir un vehículo motorizado de manera segura.

Este solicitante no tiene limitaciones de transporte conforme a lo descrito anteriormente.

Este solicitante sí tiene limitaciones de transporte conforme a lo descrito anteriormente, las cuales se describen a continuación:

1. ¿Cuál es la discapacidad específica del solicitante o el diagnóstico médico? Si la discapacidad del solicitante está relacionada con la obesidad, indique el peso actual:

2. ¿La discapacidad del solicitante es temporal o permanente?

Temporal Permanente

Si es temporal, ¿cuánto tiempo necesitará el servicio el solicitante?

Menos de un mes De seis meses a un año

De uno a tres meses De uno a dos años

De tres a seis meses Más de dos años

3. ¿El paciente tiene antecedentes o tiene actualmente tendencias violentas o podría presentar un problema de comportamiento durante el transporte?

Sí No

Explique _____

Firma del médico _____ Fecha en que se completó _____

Nombre del médico _____ Número de teléfono _____

Dirección _____ Número de fax _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____