



TRANSIT DISTRICT MEMBERS

*City of Carmel-by-the-Sea • City of Del Rey Oaks • City of Gonzales • City of Greenfield
City of King • City of Marina • City of Monterey • City of Pacific Grove • City of Salinas
City of Sand City • City of Seaside • City of Soledad • County of Monterey*

Programa MST RIDES Solicitud de servicio de paratransito de la ADA

En respuesta al interés que expresó en el Programa MST RIDES, le damos el material de la solicitud para que lo revise. El Programa MST RIDES da transporte especializado a las personas con discapacidades cuando esas discapacidades les impiden usar los servicios de rutas fijas de MST. El programa sigue estrictamente las normas de la Administración Federal de Tránsito (Federal Transit Administration, FTA) que regulan la certificación de los solicitantes al servicio de paratransito según la Ley de ciudadanos americanos con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA).

MST también tiene un programa de tarjetas de cortesía (Courtesy Card) para adultos mayores y personas con discapacidades que no cumplen los criterios del Programa MST RIDES, pero que todavía pueden recibir tarifas con descuento para los servicios de rutas fijas. MST también tiene vales de taxi para adultos mayores, personas con discapacidades y veteranos. Esta no es una solicitud del programa Courtesy Card ni de vales de taxi. Si no sabe en qué programa inscribirse, comuníquese con Servicio al Cliente de MST llamando al 1-888-678-2871 para obtener más información.

Esta es una lista de verificación para presentar su solicitud para el Programa MST RIDES:

Si usted es el solicitante, complete la Sección I del formulario *Información de contacto*. Siga las instrucciones de la Sección II si completará y presentará el formulario en nombre del solicitante.

Su proveedor de atención médica tendrá que completar el formulario *Verificación profesional* para verificar las limitaciones relacionadas con su discapacidad. Esta persona debe ser un profesional de atención médica autorizado en el estado de California y tener la formación y experiencia necesarias para evaluar con exactitud sus capacidades y limitaciones. No exigimos ningún diagnóstico ni información médica, solo la información sobre su capacidad o incapacidad para abordar y viajar en un autobús de MST accesible para silla de ruedas y su capacidad para navegar por el sistema de autobuses de MST.

Envíe la solicitud completa con los dos formularios, firmados y fechados en tinta azul o negra, a MST RIDES Program, 15 Lincoln Ave, Salinas, CA 93901. Los formularios incompletos se devolverán al solicitante y retrasarán la determinación de elegibilidad para el programa.



1-888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

Cuando se reciban el formulario de *Información de contacto* y de *Verificación profesional* y se revisen si están completos, el personal de MST se comunicará con usted para programar una entrevista. Todas las entrevistas son en Mobility Services Center, 15 Lincoln Ave, Salinas, CA 93901. Si lo pide, MST le dará transporte gratis para ir y regresar de la entrevista.

El día de la entrevista, use ropa adecuada para el clima, ya que es probable que sea necesario hacer una evaluación funcional que implica un paseo corto. Traiga consigo una tarjeta de identificación con fotografía y cualquier aparato de movilidad que necesite para viajar en el transporte público. También puede pedir que alguien lo acompañe para que lo ayude durante la entrevista y el proceso de evaluación.

Comuníquese con nosotros llamando al 831-264-5869 para hablar con un especialista en movilidad si tiene más preguntas sobre el proceso de inscripción en el programa MST RIDES.

Gracias,
Oficina de Elegibilidad de MST RIDES

Formulario de información de contacto

(Escriba o imprima la información de contacto del solicitante en letra legible)

Sección I: Información de contacto del solicitante

Nombre completo:		
Domicilio:		Apartamento n.º:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente):		Apartamento n.º:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento: / /	← Ejemplo: 01/01/1960 Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Teléfono: ()		Teléfono celular: ()
Dirección de correo electrónico:		
Idioma preferido para la entrevista: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> otro:		
Nombre del contacto de emergencia (o escriba en letra de molde "ninguno"):		
Relación:	Teléfono de contacto: ()	

Firma del solicitante: _____ Fecha: ____/____/____

Sección II: Información del representante del solicitante

- Si completó este formulario en nombre de un solicitante menor de 18 años, complete la sección de abajo, o
- Si completó este formulario en nombre de un solicitante mayor de 18 años, complete la sección de abajo y adjunte una copia de los documentos que comprueben que tiene la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante para enviar la solicitud e inscribirlo en el programa MST RIDES. Si esta opción no corresponde, solo pida al solicitante que firme y ponga la fecha arriba.

Nombre del representante:	
Relación:	Teléfono de contacto: ()

Firma del representante: _____ Fecha: ____/____/____



1-888-678-2871 / Free language assistance / Asistencia de Lenguaje Gratuito / Libreng tulong para sa wika / Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí / 무료 언어 지원

Envíe su aplicación completa a MST ADA Paratransit Service 15 Lincoln Ave Salinas, CA 93901

MST RIDES Program ADA Paratransit Application
Professional Verification Form

(Form to be completed by a California licensed health care provider with the qualifications and training to properly evaluate the applicant's abilities and limitations with regard to accessing public transportation)

PLEASE LEGIBLY WRITE OR TYPE ALL RESPONSES (EXCEPT SIGNATURE)

CALIFORNIA LICENSED HEALTH CARE PROFESSIONAL (To be completed by MD, DO, DC, PhD, LCSW, LMFT, RN, etc.)			
Professional Named on License	Print License Type	Print License #	Expiration Date
			/ /
Office Telephone: _____		Office Fax: _____	
How long has the applicant been in your care?		Years _____ Months _____	
PLEASE RESPOND TO THE QUESTIONS REGARDING THE APPLICANT'S LIMITATIONS			
Applicant's Full Name: _____			
<input type="checkbox"/> Applicant can only stand for _____ minutes at a time before he/she needs to sit.			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk for _____ minutes before he/she needs to rest.			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk <u>up</u> a street grade less than _____%.			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk <u>down</u> a street grade less than _____%.			
<input type="checkbox"/> Applicant is undergoing treatment (dialysis, chemotherapy, etc.) which results in a need for travel assistance following those treatments. <i>Please check box if applicable but do not provide diagnosis or medical information.</i>			
<input type="checkbox"/> Applicant will require the assistance of a personal care attendant and/or requires a mobility device to ride the bus. Please specify which and under what conditions.			
<input type="checkbox"/> Applicant's physical or cognitive impairment keeps him/her from navigating city streets and roads by use of signs, maps or written/oral directions. Please specify which and under what conditions.			
Is the applicant's limitation(s) <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporary (lasting _____ months)?			

Your signature below certifies that this form has been completed or reviewed fully by you, that the above information is accurate and current, and that you understand that false or misleading information provided for the purpose of qualifying your patient for publically subsidized services violates State and Federal law.

This form must be signed by the California licensed professional named above. Please sign below and return to MST. Signature stamps are prohibited.

Provider Signature: _____ Date ____/____/____

Mail Completed Application to MST ADA Paratransit Service at 15 Lincoln Ave. Salinas, CA 93901