



La aplicación para el servicio de paratransito/minibús de El Jule Transito está incluida. La Americans with Disabilities Act asegura que los sistemas de transporte público ofrecen los servicios de paratransit/minibús para las personas con discapacidad que no pueden utilizar el servicio regular de autobuses de ruta fija. Hay un precio para el servicio de paratransito / minibús que depende del tipo de servicio que usted es aprobado para.

Usted debe completar una solicitud para determinar si usted cumple con los criterios de elegibilidad para este servicio.

Hay tres pasos para el proceso de solicitud:

1. Complete y devuelva la solicitud incluida y la autorización para la divulgación de la información. Cuando su solicitud está recibida, usted será elegible para el servicio temporal mientras su solicitud es revisada y procesada. Si la aplicación ya ha sido negada, usted no recibirá el servicio temporal.
2. El proveedor médico que Ud. anotó en su autorización será contactado para proporcionar una verificación de la situación de su discapacidad. Por favor, informe a su médico que él / ella va a recibir una solicitud de información de El Jule.
3. Usted recibirá una carta de El Jule que indica su condición de aprobado o negado. Esta carta le proporcionará una explicación adicional de los criterios de elegibilidad y su estado. La carta también le proporcionará información sobre el proceso de apelación.

Para obtener información adicional, incluyendo los criterios de elegibilidad, tarifas, horarios de ruta fija, preguntas frecuentes, y el proceso de apelación de paratransito, visite www.JuleTransit.org

Si usted tiene alguna pregunta o le gustaría programar un viaje durante su período de revisión de la solicitud, por favor póngase en contacto con El Jule al (563) 690-6464.

RODEE CON UN CÍRCULO EL TIPO DE ELEGIBILIDAD QUE SOLICITA (POR FAVOR RODEE SÓLO UNO)

PERMANENTE: _____ TENGO UNA DESCAPACIDAD PERMANENTE que me impide utilizar el servicio regular de autobuses de rutas fijas regulares.

TEMPORAL: _____ TENGO UNA DESCAPACIDAD TEMPORAL que me impide utilizar el servicio regular de autobuses de ruta fija. Si es temporal, indique la duración en meses: _____

MAYOR: _____ NO TENGO UNA DISCAPACIDAD, PERO SOY JUBILADO (65 años y mayores)
(Por favor proporcione una copia de su identificación oficial de gobierno con foto)

1. Nombre y apellido: _____ 2. Fecha de nacimiento: _____

3. Domicilio: _____

4. Ciudad: _____ 5. Estado: _____ 6. Código postal: _____

7. Número de teléfono (de casa: _____ (celular): _____

8. Dirección de correo electrónico (si aplicable): _____

9. Nombre y apellido de la persona de contacto en caso de emergencia: _____

10. Número de teléfono de la persona de contacto en caso de emergencia: _____

11. Si esta aplicación ha sido completado por una persona distinta de la persona que solicita servicio, la persona que llena la solicitud debe completar lo siguiente:

12. Nombre y apellido: _____ 13. Número de teléfono _____

14. ¿Ud. usa cualquiera de las siguientes ayudas para la movilidad? (Marque todas las que apliquen)

_____ **Silla de ruedas manual** _____ **Scooter eléctrico** _____ **Muletas**

_____ **Silla de ruedas eléctrica** _____ **Bastón** _____ **Andador ortopédico**

_____ **Asistente de Cuidado Personal** _____ **Animal de servicio** _____ **Otro**

Si usted está solicitando para elegibilidad de mayores sólo, usted puede firmar abajo y envíe esta página con una copia de su identificación oficial de gobierno con foto.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Note por favor: Debe completar TODAS las preguntas que quedan en esta solicitud si usted está solicitando para la elegibilidad de ADA Paratransit con una discapacidad permanente o temporal.

15. Por favor díganos por qué usted está solicitando el servicio ADA Paratransit de El Jule. Explique por qué usted no es capaz de utilizar el autobús regular de ruta fija. Incluya si usted es capaz de utilizar el autobús regular sólo a veces y cuando usted es capaz de usarlo. (Por favor, tenga en cuenta que todos los autobuses regulares de ruta fija son accesibles para sillas de ruedas).

16. Por favor describa su discapacidad actual: (Sea específico y haga una lista de todas las discapacidades aplicables)

17. ¿Es capaz de caminar o viajar al aire libre usando un ayuda de movilidad sin ayuda en la mayoría de las condiciones climáticas?

(Por favor marque sólo uno) Sí No A veces

18. ¿Su discapacidad le impide viajar a o la comprensión de la localización de una parada regular de autobús?

(Por favor marque sólo uno) Sí No A veces

Si a veces o sí, explique por favor:

19. ¿Ud. es capaz de decidir cuándo bajarse del autobús? (Por favor tenga en mente los autobuses están equipados con avisos visuales y sonoros de las parada de autobuses y de las calles)

(Por favor marque sólo uno) Sí No A veces

20. ¿Ud. es capaz de localizar una parada de autobús y el autobús correcto para abordar sin ayuda?

(Por favor marque sólo uno) Sí No A veces

DEVUELA POR FAVOR ESTA SOLICITUD COMPLETA A: The Jule Transit – Paratransit Application
2401 Central Ave
Dubuque, IA 52001
(563) 589-4340 (fax)

Autorización para obtener o divulgar información de atención sanitaria

La siguiente profesional médico o médica está familiarizado con mi discapacidad y está autorizada a proporcionar información a El Jule como requisito para la finalización de esta solicitud. Por la presente certifico que toda la información proporcionada es correcta.

Escriba el nombre del solicitante _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Proporcione la siguiente información de su médico o profesional de la medicina: (Por favor escriba).

Nombre y apellido de médico o profesional de la medicina: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

DEVUELA POR FAVOR ESTA SOLICITUD COMPLETA A: The Jule Transit – Paratransit Application
2401 Central Ave
Dubuque, IA 52001
(563) 589-4340 (fax)