

## **Instruções e inscrição para elegibilidade de paratransito da ADA**

Prezado candidato:

Agradecemos seu contato referente à inscrição para a elegibilidade de Autoridade Rodoviária Regional de Lowell (LRTA, da sigla em inglês), Serviço de Paratransito da ADA, e Road Runner. Em anexo há uma cópia de uma inscrição para Certificação de Elegibilidade de Paratransito da ADA.

O serviço de Paratransito da ADA atrelado à LRTA oferece auxílio aos indivíduos que não conseguem utilizar o serviço de ônibus de rota fixa devido a uma deficiência. Não conseguir utilizar o serviço de ônibus de rota fixa pode incluir ser incapaz de se deslocar até a parada de ônibus, embarcar ou desembarcar do ônibus ou de compreender como andar e utilizar o sistema de ônibus. O serviço de Road Runner atende todas as áreas dentro de 1,2 km de cada lado da rota atendida pelo Sistema de Ônibus de Rota Fixa LRTA.

O Paratransito Road Runner oferece carona compartilhada, um serviço de ponto de origem e destino para pessoas julgadas serem “elegíveis pela ADA” para essas viagens que não podem ser feitas utilizando o serviço de rota fixa. Você pode, por exemplo, utilizar o serviço de rota fixa para algumas viagens se as paradas forem próximas e não houver barreiras que o previnam de chegar e sair do ônibus. Em outras situações em que você pode não conseguir utilizar o ônibus, o serviço de paratransito Road Runner serve para auxiliá-lo.

O Road Runner também oferece o serviço Dial-A-Ride (DAR) para indivíduos acima de 60 anos que moram em cidades perto de Lowell, MA. Em anexo também há uma inscrição para o serviço DAR. O cronograma do serviço DAR não está atrelado ao serviço LRTA da ADA. O serviço DAR é limitado por solicitação prévia. Recomendamos também que entre em contato com seu Conselho do Envelhecimento local sobre os serviços de transporte para pessoas na melhor idade ou ADA.

A fim de determinar com precisão sua elegibilidade para qualquer um dos serviços, complete uma ou ambas as inscrições em anexo da forma mais precisa possível. As perguntas para o Serviço da ADA servem para determinar as circunstâncias nas quais você pode utilizar a rota fixa ou os serviços de paratransito.

Caso precise de auxílio para completar este formulário ou tenha dúvidas, entre em contato conosco através do número (978) 452-6161, ramal 204. Esta carta e inscrição para o serviço ADA está disponível em formatos alternativos.

Depois de preencher sua inscrição ADA, peça a um profissional da saúde licenciado ou a um assistente de deficiência para completar as informações de profissional da saúde. As informações fornecidas são confidenciais.



Office of  
Eligibility 100  
Hale Street  
Lowell, MA 01851  
(978) 452-6161, Ext. 204

**Não anexe informações médicas a esta inscrição.**

**Envie sua inscrição por correio para:**

Office of Eligibility  
Lowell Regional Transit  
Authority 100 Hale Street  
Lowell, MA 01851

As inscrições completas serão processadas dentro de 21 dias após o recebimento. Você será notificado por escrito sobre sua determinação e classificação para elegibilidade. Caso necessitemos de tempo adicional para concluir a determinação da ADA, será concedido a você a presunção de elegibilidade temporária até que o processo seja concluído.

Se a Secretaria de Elegibilidade (Office of Eligibility) determinar que você está apto para utilizar o serviço de ônibus de rota fixa da LRTA e, portanto, inapto para o serviço de paratransito, notificaremos você acerca do(s) motivo(s). Você poderá apelar a determinação e classificação de elegibilidade. Você receberá uma cópia do Formulário de Apelação da Elegibilidade. Se o processo de apelação não puder ser concluído dentro de 30 dias, você receberá elegibilidade temporária do serviço de Road Runner.

Aguardamos o recebimento do(s) seu(s) formulário(s).

Atenciosamente,

Richard Garrett,  
Coordenador de  
Elegibilidade da Secretaria  
de Elegibilidade  
Lowell Regional Transit Authority  
100 Hale Street  
Lowell, MA 01852  
(978) 452-6161, Ext. 204

**Formulário de inscrição para  
elegibilidade de paratransito da ADA**

LRTA Office for Transportation Access  
100 Hale Street  
Lowell, MA 01851  
**(978) 452-6161 EXT. 204**  
**E-mail: TransportationAccess@LRTA.com**

**Uso restrito a LRTA**

**Classificação: Aprovado**

**Classificação: Negado**

1. Permanente \_\_\_\_\_

1. Contraindicação Profissional \_\_\_\_\_

2. Condicional \_\_\_\_\_

2. Habilidade de Rota Fixa \_\_\_\_\_

3. Temporário \_\_\_\_\_

3. Inscrição Incompleta \_\_\_\_\_

4. Visitante \_\_\_\_\_

Data de Aprovação \_\_\_\_\_

ID de Cliente n.º \_\_\_\_\_

**PARTE A**

**(Esta parte deve ser preenchida por todos os candidatos)**

**1. CANDIDATO**

NOME \_\_\_\_\_ SEXO  MASCULINO  FEMININO  
Primeiro nome / Inicial do Nome do Meio / Sobrenome

ENDEREÇO \_\_\_\_\_ APT. N.º \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
MM / DD / AAAA

TELEFONE RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONE COMERCIAL \_\_\_\_\_

**2. CONTATO DE EMERGÊNCIA (se aplicável)**

NOME \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL \_\_\_\_\_ TELEFONE COMERCIAL \_\_\_\_\_

RELAÇÃO COM O CANDIDATO \_\_\_\_\_

**Você está se candidatando à Elegibilidade de Paratransito da Lei de Americanos com Deficiência (ADA)?**

**Sim, estou me candidatando para a “Elegibilidade de Paratransito da ADA”.**

**PREENCHA AS PARTES B E C ABAIXO**

## PARTE B

Esta parte só precisa ser preenchida se você possui uma deficiência ou condição de saúde que o impeça de utilizar o serviço de ônibus de rota fixa da LRTA às vezes ou sempre. Candidatos que preencham esta seção serão considerados para a **“Elegibilidade de Paratrânsito da ADA”**. Informações sobre a deficiência ou a condição de saúde serão estritamente confidenciais.

1. Qual é sua deficiência ou condição de saúde e como isto o impede de usar os ônibus da LRTA às vezes ou sempre?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Sua deficiência é temporária?  Sim  Não

Se SIM, quanto tempo deve durar?  Meses  Anos

3. Você precisa levar alguém que o auxilie no seu deslocamento (um Assistente de Cuidado Pessoal – PCA)?

Sim  Não  Ocasionalmente

4. Cegueira Legal:  Total  Baixa visão  Com visão comprometida, mas sem cegueira legal

5. Audição:  Surdo  Audição comprometida

6. Outro:  Paciente de diálise

7. Você utiliza um instrumento de auxílio de locomoção ou um equipamento para deslocamento?  Sim  Não

**8. QUAIS DOS SEGUINTE INSTRUMENTOS DE AUXÍLIO DE LOCOMOÇÃO VOCÊ UTILIZA?**

(Marque todas as que se aplicam)

- |   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas manual            | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Moto elétrica                  |
| <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas elétrica          | <input type="checkbox"/> Bengala | <input type="checkbox"/> Bengala para deficiente visual |
| <input type="checkbox"/> Prótese/Suporte                    | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Oxigênio                       |
| <input type="checkbox"/> Animal de serviço (cão guia, etc.) | <input type="checkbox"/> Outro   |   |

Especifique \_\_\_\_\_

**9. COM OU SEM O DISPOSITIVO DE MOBILIDADE IDENTIFICADO ACIMA, HÁ ALGUMAS CONDIÇÕES que podem prevenir o deslocamento por uma dada distância ou esperar em uma parada de ônibus, como: falta de calçadas, temperaturas acima ou abaixo de \_\_\_\_\_, precipitação, durante episódios médicos, etc. \_\_\_\_\_**

**10. VOCÊ PRECISA DO AUXÍLIO DE RAMPA OU ELEVADOR PARA ENTRAR EM UM VEÍCULO?**

- Sim  Não  Às vezes (caso seja às vezes, explique em quais condições precisa de auxílio):

**11. VOCÊ CONSEGUE SE DESLOCAR 60 METROS EM SEGURANÇA SEM O AUXÍLIO DE OUTRA PESSOA?**

- Sim  Não  Às vezes (caso seja às vezes, explique em quais condições precisa de auxílio):

**12. VOCÊ CONSEGUE SE DESLOCAR 400 METROS EM SEGURANÇA SEM O AUXÍLIO DE OUTRA PESSOA?**

- Sim  Não  Às vezes (caso seja às vezes, explique em quais condições precisa de auxílio):

**13. VOCÊ CONSEGUE SE DESLOCAR 800 METROS EM SEGURANÇA SEM O AUXÍLIO DE OUTRA PESSOA?**

Sim  Não  Às vezes (caso seja às vezes, explique em quais condições precisa de auxílio):

---

---

**14. VOCÊ CONSEGUE SE DESLOCAR 1,2 QUILOMETROS SEM O AUXÍLIO DE OUTRA PESSOA?**

Sim  Não  Às vezes (caso seja às vezes, explique em quais condições precisa de auxílio):

---

---

**15. VOCÊ CONSEGUE SUBIR TRÊS DEGRAUS DE 30 CENTÍMETROS SEM RECEBER ASSISTÊNCIA?**

Sim  Não  Às vezes (caso seja às vezes, explique em quais condições precisa de auxílio):

---

---

**16. VOCÊ CONSEGUE ESPERAR AO AR LIVRE POR 10 MINUTOS SEM PRECISAR SENTAR-SE EM UM BANCO?**

Sim  Não  Às vezes (caso seja às vezes, explique em quais condições precisa de auxílio):

---

---

**17. EU CERTIFICO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS ACIMA ESTÃO CORRETAS, SALVO MELHOR JUÍZO.**

Assinatura do candidato

Data

Caso precise de auxílio para completar este formulário ou tenha dúvidas, entre em contato com a Secretaria de Elegibilidade através do número 978 -452-6161, ramal 204. Esta inscrição é acessível e está disponível em formatos alternativos.

**\*\*IMPORTANTE\*\***

As informações fornecidas pelo seu cuidador ou profissional da saúde na **página n.º 6** só serão utilizadas para auxiliar a LRTA a decidir se você é elegível para o Road Runner da ADA e para garantir que nós compreendemos as suas necessidades de deslocamento. **Caso a página n.º 6 esteja incompleta, não poderemos determinar sua elegibilidade.** Estas informações pessoais só serão compartilhadas com as pessoas que oferecerão o serviço de transporte a você.

**18. AVALIAÇÃO DO CUIDADOR OU PROFISSIONAL DA SAÚDE**

Por meio desta, autorizo o cuidador ou profissional da saúde a divulgar quaisquer informações necessárias para determinar a elegibilidade de Road Runner para a LRTA.

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

“A inscrição completa será processada dentro de 21 dias após o recebimento. Você será notificado por escrito sobre sua determinação e classificação para elegibilidade. Caso a LRTA necessite de tempo adicional para concluir a determinação da ADA, será concedida a você a presunção de elegibilidade temporária até que o processo seja concluído.”



## PARTE C

**\*\*\* A SER PREENCHIDA POR UM CUIDADOR OU PROFISSIONAL DA SAÚDE \*\*\***

**AVISO IMPORTANTE PARA O CUIDADOR OU PROFISSIONAL DA SAÚDE:** As informações aqui oferecidas auxiliarão na determinação da habilidade funcional do candidato de usar o transporte público. É essencial que você seja o mais preciso e abrangente possível na sua avaliação.  
Agradecemos a sua cooperação.

### DIGITE OU IMPRIMA

Nome do candidato \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Relação profissional com o candidato \_\_\_\_\_

Por favor, ofereça uma avaliação narrativa (digitada ou impressa) do nível funcional de mobilidade do candidato, descrevendo quaisquer outros efeitos da deficiência e esclarecendo se concorda com a autoavaliação do candidato acerca da sua habilidade de usar os ônibus LRTA:

O candidato é capaz de:

Dar informações como endereço e número de telefone quando solicitado?  Sim  Não

Reconhecer um destino ou ponto turístico?  Sim  Não

Lidar com situações inesperadas ou uma mudança inesperada na rotina?  Sim  Não

Pedir, compreender e seguir direções?  Sim  Não

Deslocar-se em segurança através de instalações cheias de pessoas ou complexas da LRTA?  Sim  Não

Deslocar-se em segurança por 800 metros sem auxílio?  Sim  Não

Deslocar-se em segurança por 1,2 quilômetros sem auxílio?  Sim  Não

**EU CERTIFICO QUE AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS ACIMA ESTÃO CORRETAS, SALVO MELHOR JUÍZO.**

Utilize o carimbo de identificação para o escritório do cuidador/profissional da saúde abaixo (incluindo nome, número da licença, endereço e telefone comercial).

\_\_\_\_\_  
Cuidador/Profissional da saúde  
certificado/licenciado

O formulário preenchido deve ser  
enviado para:

LRTA Office for Transportation  
Access 100 Hale Street, Lowell, MA  
01851