



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*

Aviso Importante – Formulario de MST ADA Paratransito (RIDES)

En respuesta al interés que expresa en el Programa MST RIDES, estamos proporcionando los materiales de solicitud para que los revise. El programa de RIDES ofrece transporte especializado para personas con discapacidad cuando esas discapacidades les impiden el uso del MST servicios de ruta fija . El programa sigue estrictamente las reglas de la Administración Federal de Tránsito (FTA) que regulan la certificación de los solicitantes para el servicio de paratransporte ADA . Más información está disponible, incluyendo videos y formularios que se pueden llenar en línea, en www.mstmobility.org/ada-paratransit-rides.htm.

MST también mantiene un programa de tarjetas de cortesía para las personas mayores y las personas con discapacidad que no cumplen los criterios para el programa de viajes pero todavía pueden recibir tarifas con descuento para los servicios de rutas fijas. La solicitud está disponible en cualquier oficina de MST o en línea en www.mst.org/wp-content/media/courtesy.pdf. Si no está seguro acerca de qué programa solicitar, si bien, por favor, póngase en contacto con MST al (831) 241-9028 para más información.

Esta no es una aplicación para los Vales de taxi. El programa de los vales de taxi no es parte de RIDES o del programa de la tarjeta de Courtesy Card.

A continuación se presenta una lista de verificación para la presentación de sus materiales de solicitud para el programa MST RIDES :

Completar con firma y fecha al lado de la información de contacto del formulario de dos caras. Si está llenando este formulario en nombre del solicitante, agrega una copia del documento indicando que tiene la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante en el momento de solicitar, e inscribirse en el programa MST RIDES. Por ejemplo in poder general o carta de conservador.

Su proveedor de atención médica tendrá que completar el lado Verificación Profesional del formulario adjunto para verificar sus limitaciones relacionadas con la discapacidad. Esta persona debe ser un profesional de la salud con licencia del Estado de California y tienen la formación y experiencia necesaria para evaluar con precisión sus capacidades y sus limitaciones. No requerimos un diagnóstico o información médico, más bien, sólo la información relacionada con su capacidad o incapacidad para abordar y viajar en un autobús de MST para personas minusválidas, y su capacidad para navegar por el sistema de bus MST.



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

✓
Devolver el formulario con las dos partes completas y firmadas con fecha en tinta azul o negro, del Programa de MST RIDES, 201 Pearl Street, Monterrey, CA 93940-3015 . Los formularios incompletos serán devueltos al solicitante y retrasarán el proceso de elegibilidad para el Programa MST RIDES.

Se le requerirá para mostrarnos una tarjeta de identificación con foto antes de que sea

Una vez que el formulario de Contacto Información y Verificación profesional es recibida y revisada por la totalidad, usted será contactado por el personal del MST para programar una entrevista en persona. A raíz de su entrevista, es posible que también se le pedirá que complete una evaluación funcional que implica un corto paseo y viaje en autobús . Por favor, vestirse adecuadamente para las condiciones meteorológicas en ese día y puede traer cualquier ayuda a su movilidad que desee utilizar durante su evaluación . También puede traer a otra persona para ayudarle durante el proceso de entrevista y evaluación si así lo desea.

MST RIDES no proporciona asistentes para el cuidado de los pasajeros que viajan en nuestros autobuses. Si necesita un asistente de cuidado personal (PCA) para ayudarle durante sus viajes, por favor tenga a su PCA le acompañe durante el proceso de entrevista y evaluación . Además, vamos a tomar una foto de usted y su PCA designado durante la entrevista a la espera de la emisión de una tarjeta de identificación RIDES con foto una vez que sea aprobado. El viaje del PCA es de forma gratuita al ayudar a un cliente certificado de RIDES.

MST proporcionará transporte gratuito desde y hacia la entrevista previa. Por favor, póngase en contacto con nosotros al (831) 241-9028 si usted tiene más preguntas sobre el proceso de solicitud del Programa de MST RIDES.

Sinceramente,

Cristy Sugabo
Coordinador de Servicios de Movilidad

Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit

Formulario de Información de contacto

Por favor con letra de molde (Con excepción de la firma). Respuestas deben ser legibles en tinta Azul O Negra.

Si usted decidiera aplicar para ADA Paratransit RIDES, la información contenida en este formulario puede que sea compartida con otras agencias de transportación y con profesionales del cuidado de la salud. No será usada para ninguna otra cosa. Tiene que completar todos los espacios.

FAVOR DE PROVEER LA INFORMACION DE CONTACTO REQUERIDA

Su Nombre Completo:		
Dirección Donde Vive:		Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de Correo (si es diferente):		Apt #:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de Nacimiento: / /	← Ejemplo: 01/01/1997	Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Teléfono: ()		Teléfono Celular: ()
Correo Electronico E-mail:		
Idioma Preferido (Para la entrevista):		
Persona que podamos llamar en caso de emergencia (o escriba "nadie" enseguida de nombre):		
Nombre:		Teléfono:

Una vez que MST reciba su solicitud de su proveedor de la salud con los formularios de *Información de Contacto* y *Verificación Profesional*, nosotros le contactaremos para hacerle una cita para una entrevista en persona. Si necesita transportación de, o a la locación para la entrevista, MST le proveerá transportación sin costo para usted.

Si usted es el solicitante, y no entrega esta solicitud a favor de alguien mas, por favor firme directamente abajo.

Firma: _____ Fecha: ____/____/_____

<input type="checkbox"/>	Si usted está presentando este formulario en nombre del solicitante , por favor marque la casilla a la izquierda , proporcionar la información requerida en las cajas , y firmar .directamente debajo .
Email Address:	

ES REQUERIDO QUE ENTREGUE DOCUMENTACION QUE TIENE AUTORIDAD LEGAL PARA ATUAR EN REPRESENTACION DEL APLICANTE. POR FAVOR ADJUNTE LAS COPIAS DEL DOCUMENTO CON ESTE FORMULARIO.

Signature: _____ Date: ____/____/_____



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 por correo los documentos originales a MST ADA Paratransit Service at 201 Pearl Street, Monterey, CA 93940

Monterey-Salinas Transit ADA Paratransit

Professional Verification Form

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

**PLEASE PRINT OR TYPE ALL RESPONSES (EXCEPT SIGNATURE).
RESPONSES MUST BE LEGIBLE AND WRITTEN IN BLUE OR BLACK INK.**

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 BELOW REGARDING THE APPLICANT'S LIMITATIONS			
Applicants Full Name:			
<input type="checkbox"/> Applicant can only stand for__ minutes at a time before he/she needs to sit. _____Minutes			
<input type="checkbox"/> Applicant can only walk for__ minutes before he/she needs to rest. _____Minutes			
<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. Copies and faxed forms will not be accepted.

Provider Signature: _____ Date ____/____/____

Mail Original Document to MST ADA Paratransit Service at 201 Pearl Street, Monterey, California 93940