



# SweetHART Dial-A-Ride Solicitud

## Para personas con discapacidad

Gracias por su interés en el servicio SweetHART para personas mayores y personas con discapacidad. Los pasajeros inscritos pueden llamar con antelación para programar el servicio de puerta a puerta transporte en vehículos accesibles para sillas de ruedas.

### **Calificación:**

SweetHART Dial-A-Ride está disponible para personas mayores de 65 años o con una discapacidad que limita la movilidad

### **Tarifa:**

**\$1.00** Un camino      **\$9.00** 10-Ride Pass Puñetazo

Los pasajeros elegibles pueden viajar por la mitad de la tarifa en el servicio HARTransit CityBus. A los corredores se les expedirá una tarjeta de identificación de SweetHART que provee prueba de elegibilidad para el programa de media pensión.

### **Horas de servicio:**

Las horas de servicio y la disponibilidad varían según la ciudad.

### **Área de servicio:**

Dial-a-ride Está disponible en Bethel, Brookfield, Danbury, New Fairfield, Newtown y Ridgefield.

### **Disponibilidad:**

La prioridad del horario se da a los que hacen reservaciones primero y como la disponibilidad permite

### **Reservations:**

Las citas médicas pueden ser programadas con hasta dos semanas de anticipación, y los viajes para todos los demás fines hasta una semana de antelación. Las llamadas se aceptan hasta las 4:00 pm del día anterior.

**Tenga en cuenta que las personas con discapacidades de movilidad más importantes también pueden ser elegibles para el programa de transporte ADA de SweetHART; Para más detalles y requisitos de aplicación, póngase en contacto con la oficina de HARTransit.**

Las personas con discapacidades relacionadas con la movilidad o impedimentos, independientemente de la edad, pueden calificar para los servicios de Dial-A-Ride de SweetHART. HARTransit requiere el nombre y la información de contacto de un profesional como un médico o un trabajador familiarizado con su discapacidad para su verificación.

## A. Información personal

Apellido:		Nombre de pila:	
Masculino <input type="checkbox"/>	Hembra <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento / /	

## B. Residencia actual

Dirección:		
Número de apartamento:	Ciudad:	Código postal:
Dirección: (Si es diferente del anterior):		
Número de apartamento:	Ciudad:	Código postal:

## C. Información del contacto

Teléfono durante el día:	TDD/ TTY:
Teléfono durante la noche:	Teléfono móvil:
Idioma principal hablado:	

## D. Información de Contacto en caso de Emergencia

Emergency contact person:	
Relación:	Teléfono durante el día:
Teléfono durante la noche:	Teléfono móvil:

## E. Formato de la información

¿Necesita información en un formato accesible? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es así, ¿cómo?:	
Impresión grande <input type="checkbox"/>	Braille <input type="checkbox"/>
Grabación automática <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> _____

## F. Conditions or Disabilities

¿Alguna vez ha utilizado el servicio de autobús de marcado o de transporte paralelo?

Sí  No

Si la respuesta es sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sírvase enumerar las condiciones o discapacidades que afectan su capacidad de viajar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo afecta su condición(s) a su capacidad para viajar?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es esta condición o son estas condiciones: Permanente  Temporal

Si su incapacidad es temporal, por favor, estimar cuánto tiempo anticipa que durará: \_\_\_\_\_

Indique si utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad:

Animal de servicio

Silla de ruedas

Paseante

Caña

Scooter

Otro

\_\_\_\_\_

¿Viajará con un asistente de cuidado personal?

Sí  No

Por favor, identifique a un médico o profesional que esté familiarizado con su discapacidad y proporcione su información de contacto a continuación. Esta persona puede ser contactada durante el proceso de solicitud para ayudar a determinar su elegibilidad para el servicio de autobús dial-a-ride de SweetHART.

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Cuidado de la salud Profesional	<input type="checkbox"/> Rehabilitación Profesional
Nombre del profesional:		
Agencia:		
Dirección de la oficina:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Telefono de oficina:	FAX de oficina:	
El nombre del solicitante:	Fecha de nacimiento / /	
Firma del solicitante o tutor:		

**Por favor, lea y firme la siguiente declaración:**

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para el transporte de paseo de SweetHART basado en discapacidad o discapacidad de la movilidad. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en una reevaluación de mi elegibilidad.

---

Firma del solicitante o tutor

---

Fecha