

Demande de service de transport adapté ADA

Demande d'admission au transport adapté (Paratransit ADA)

INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES DEMANDEURS

Ce dossier contient les informations et les formulaires nécessaires pour demander l'admissibilité au service de transport adapté de la région de San Francisco. Conformément aux exigences de l'Americans with Disabilities Act (ADA), le service de transport adapté est proposé par tous les réseaux de transport en commun. Ce type de service est réservé aux personnes qui, en raison d'un handicap ou d'un problème de santé, sont temporairement ou définitivement incapables d'utiliser les transports en commun sans assistance.

Pour utiliser le service de transport adapté ADA, vous devez être certifié(e) admissible. L'admissibilité est déterminée au cas par cas. Selon les réglementations de l'ADA, l'admissibilité est strictement limitée à ceux qui ont des limitations spécifiques les empêchant d'utiliser les transports en commun accessibles.

Votre demande peut être approuvée avec une admissibilité complète (inconditionnelle) ou une admissibilité limitée à certains trajets seulement (admissibilité conditionnelle). Si vous êtes capable d'utiliser les transports en commun réguliers pour tous vos déplacements, sans l'aide d'une autre personne, vous ne serez pas admissible au service de transport adapté.

Pour faire une demande d'admissibilité, vous devez remplir complètement le formulaire de demande ci-joint. Nous examinerons votre capacité à utiliser les transports en commun accessibles. Après avoir étudié votre demande, nous vous contacterons si nous avons besoin de plus d'informations. Il se peut que nous devions :

- Vous contacter par téléphone ;
- Organiser un entretien individuel ou une évaluation fonctionnelle ; ou
- Contacter votre médecin, un professionnel de santé ou un autre spécialiste au sujet de votre état et de vos capacités

Pour :

Braille

Gros caractères

Email

Pour :

Gros caractères

Disque compact/CDR

Email

Téléphone: (415) 351-7000

Votre demande sera traitée dans les 21 jours suivant sa réception. La demande doit être correctement remplie et vous devez vous rendre disponible pour une évaluation de deuxième niveau, si nécessaire. L' évaluation de deuxième niveau peut comprendre un entretien téléphonique, une vérification médicale ou un entretien en personne. L' entretien peut comprendre un test fonctionnel pour déterminer votre capacité à utiliser les transports en commun, comme être capable de marcher jusqu'à un arrêt de bus, de lire les panneaux, etc.

La notification d'admissibilité sera envoyée par courrier. Si vous êtes certifié(e) admissible, vous pourrez voyager dans les neuf comtés qui composent la région de la baie de San Francisco. Si vous n'êtes pas d'accord avec la détermination de l'admissibilité, vous avez le droit de faire appel. Des informations sur la procédure en appel sont incluses avec la décision d'admissibilité. Si la décision sur votre admissibilité prend plus de 21 jours, vous pouvez obtenir le droit d'utiliser le transport adapté jusqu'à ce qu'une décision finale soit prise. Cela ne s'applique pas dans le cas où, en raison de votre inaction, nous ne pouvons pas finaliser le traitement de votre demande.

INSTRUCTIONS POUR LES DEMANDEURS

- 1. Veuillez remplir EN LETTRES MOULÉES des réponses complètes à toutes les questions du formulaire.** Vos réponses et explications détaillées nous aideront à prendre une décision appropriée. **Assurez-vous de répondre à toutes les questions, sinon votre demande sera considérée comme incomplète.** Les formulaires incomplets seront retournés.
- 2. Vous n'êtes pas obligé(e) de joindre les pages ou les informations supplémentaires.** Cependant, vous pouvez nous envoyer d'autres documents qui, selon vous, nous aideront à mieux comprendre vos limitations. **Toutes les informations fournies seront gardées strictement confidentielles.**
- 3. Vous devez mettre des signatures à deux endroits pour compléter la demande:**
 - Certification du Demandeur (page 8)
 - Autorisation d'utilisation ou de divulgation des informations médicales par un professionnel de santé ou de réadaptation physique (page 9).
 - Envoyez votre formulaire rempli à l'adresse suivante :

68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103

Pour obtenir de l'aide avec votre demande ou pour vérifier l'état de votre demande, composez le : (415) 351-7050.

Pour obtenir de l'aide avec le processus de demande ou pour vérifier l'état de votre demande, vous pouvez nous contacter au (415) 351-7050.

Merci

À remplir

Obligatoire:

Nom (prénom, nom de famille) _____

Date de Naissance: ____/____/____

Adresse au domicile: _____ N° d'Appartement _____

Ville: _____ Code Postal: _____

Adresse Postale (si différente du domicile):

_____ N° d'Appartement _____

Ville: _____ Code Postal: _____

Téléphone Principal: (____) _____ Sélectionnez une option domicile travail cellulaire

Facultatif:

Téléphone Secondaire: (____) _____ Sélectionnez une option domicile travail cellulaire

Adresse courriel/Email: _____ **Sexe:** Féminin Masculin Autre _____

Numéro de carte Clipper: _____

Numéro d'identification du Paratransit (si connu) _____

Langue préférée: anglais autre (précisez) _____

Race/Origine ethnique: Asiatique ou Américain d'origine asiatique Noir et/ou Afro-américain

Hispanique et/ou Latino/a/x Moyen-Orient ou Nord-Africain

Blanc ou Caucasien Indien d'Amérique ou Autochtone de l'Alaska ou Indigène

Hawaïen ou Insulaire du Pacifique Non mentionné (précisez): _____

Préfère ne pas répondre

Si vous avez besoin que toute information écrite future vous soit fournie dans un format accessible, veuillez indiquer le format que vous préférez :

Gros Caractères Email (pour lecteur TTS) Braille

Autre _____

Personne avec qui communiquer en cas d'urgence

Nom: _____

Lien avec le demandeur: _____

Téléphone Principal: (____) _____ **Téléphone Secondaire:** (____) _____

Votre handicap / état de santé

Veillez répondre aux questions suivantes en donnant le plus de précisions possible. Vos réponses nous aideront à déterminer votre admissibilité. *Veillez répondre de manière plus précise aux questions suivantes. Vos réponses spécifiques nous aideront à déterminer votre admissibilité.*

1. Quelles sont les conditions de handicap ou de santé qui vous empêchent d'utiliser le transport en commun régulier sans l'aide d'une autre personne (par exemple, BART, bus, tramway) ?

2. Expliquez brièvement **POURQUOI** votre état vous empêche d'utiliser le transport en commun régulier sans l'aide d'une autre personne.

3. Quand avez-vous commencé à ressentir les symptômes décrits ci-dessus ?
 y a 0 à 1 an y a 0 à 5 ans y a plus de 5 ans

4. Les conditions que vous avez décrites changent-elles de jour en jour ? Cela affecte-t-il votre capacité à utiliser les transports en commun ?
 Oui, parfois en bien, parfois en mal. Non, elles ne changent pas.
 Je ne sais pas.

5. Les conditions que vous avez décrites sont :
 Permanentes Temporaires Je ne sais pas
Si elles sont temporaires, combien de temps dureront-elles selon vous ?

Vos capacités et activités habituelles

6. Utilisez-vous l'une des aides ou l'un des équipements spécialisés suivants ?
(cochez toutes les cases pertinentes)
- Canne Canne blanche Déambulateur
 Béquilles Orthèse Corrective bouteille oxygène portable
 Animal d'Assistance Scooter Fauteuil Roulant Motorisé
 Fauteuil Roulant Manuel
- Pouvez-vous vous transférer de votre fauteuil roulant manuel à un siège ?
 Oui Non
 Autre (Précisez) _____
7. Cochez la case qui décrit le mieux votre situation de vie actuelle:
- Soins 24 h/24 ou établissement de soins infirmiers spécialisés
 Établissement d'hébergement pour personnes âgées
 Centre de la Mémoire (*Sélectionnez une option*) : De Base Avancé
 Je reçois de l'aide de quelqu'un qui vient chez moi pour m'aider dans mes activités quotidiennes
 Je vis avec des membres de ma famille qui m'aident
 Je vis de manière autonome (sans l'aide d'une autre personne)
8. Combien de pâtés de maisons pouvez-vous parcourir avec votre aide à la mobilité et sans l'aide d'une autre personne ?

9. Parmi les déclarations suivantes, laquelle décrit le mieux votre situation si vous deviez attendre dehors pour un transport ? (*Cochez une seule réponse*)
- Je pourrais attendre seul(e) pendant 10 à 15 minutes
 Je pourrais attendre seul(e) pendant 10 à 15 minutes uniquement si j'ai un siège et un abri
 J'aurais besoin d'une personne pour attendre avec moi car

10. Parmi les déclarations suivantes, laquelle décrit le mieux votre utilisation des transports en commun réguliers (bus, Muni, train) ? (*Cochez une seule réponse*) ?
(cochez une seule réponse)
- Je n'ai jamais utilisé de transports en commun
 J'ai déjà utilisé les transports en commun mais pas depuis le début de mon handicap
 J'ai utilisé les transports en commun au cours des 6 derniers mois

Vos besoins en matière de transport

11. Comment vous rendez-vous à vos destinations fréquentes ?

(Cochez toutes les options qui s'appliquent)

- Bus Paratransit Je conduis BART
 Taxi Ferry Tramway On me conduit
 TNC/Covoiturage
 Autre _____

12. Avez-vous besoin de l'aide d'une autre personne pour effectuer vos transports ?

- Toujours Parfois Jamais

12a. Si vous avez répondu « toujours » ou « parfois », quel type d'aide recevez-vous ?

13. Seriez-vous capable de vous rendre à l'arrêt de transport en commun le plus proche de chez vous et d'en revenir ?

- Oui Non Parfois

Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :

14. Seriez-vous capable de saisir des poignées ou des rampes, des pièces de monnaie ou des tickets en montant ou descendant d'un véhicule de transport en commun ?

- Oui Non Parfois Je ne sais pas, je n'ai jamais essayé

Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :

15. Seriez-vous capable de maintenir votre équilibre et de tolérer les mouvements d'un véhicule de transport en commun lorsque vous êtes assis(e) ?

- Oui Non Parfois Je ne sais pas, je n'ai jamais essayé

Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :

16. Seriez-vous capable de monter ou descendre d'un bus de transport en commun s'il est équipé d'une rampe, d'un élévateur ou d'un mécanisme qui abaisse l'avant du bus ?
- Oui Non Parfois Je ne sais pas, je n'ai jamais essayé
- Si vous avez répondu « non » ou « parfois », expliquez pourquoi :*

17. Veuillez nous indiquer toute autre information sur votre capacité à utiliser les transports en commun réguliers.

Avez-vous répondu à toutes les questions et expliqué lorsque c'était nécessaire? *Avez-vous répondu à toutes les questions et fourni des explications là où cela était nécessaire ?*

Vous devez fournir des SIGNATURES à deux endroits pour compléter la demande:

- Certification du demandeur (Page 8)
- Autorisation d'Usage ou de Divulgence de Renseignements Médicaux par un professionnel compétent de la médecine ou de la rééducation (Page 9)

LES DEMANDES INCOMPLÈTES SERONT RENVOYÉES.

Certification du demandeur

Je **certifie** que les renseignements fournis sont vrais et corrects. Je comprends que toute fausse déclaration pourrait entraîner le refus de mon admission. Je comprends que toute l'information liée à mon handicap sera restée confidentielle et sera divulguée à ceux qui accomplissent ce service.

Je comprends qu'il peut être nécessaire de contacter un professionnel qui connaît mes capacités fonctionnelles à utiliser les transports en commun dans le but d'aider à déterminer mon admissibilité.

Signez ici :

Signature du demandeur _____ Date _____

Y a-t-il une personne (par exemple, un proche, un travailleur social ou une agence, etc.) que vous souhaitez que nous informions 90 jours avant l'expiration de votre admissibilité ?

Oui Non

Si oui, indiquez le nom de la personne/agence : _____

Adresse e-mail : _____ Tél. : (____) _____

Lien avec le demandeur :

~~**Vous a-t-on aidé à remplir ce formulaire ?**~~ Oui Non _____

Si oui, nom : _____ Tél. : (____) _____

Lien avec le demandeur : _____

Remarque : Il est de votre responsabilité de nous informer si votre handicap s'améliore suffisamment pour modifier votre statut d'admissibilité. Si votre état s'améliore après avoir été déclaré admissible ou si nous découvrons que vous avez soumis de fausses informations, votre admissibilité pourrait être suspendue ou vous pourriez être invité à faire une nouvelle demande.

Continuer à la Page 9 pour signer l'Autorisation de Divulgence Médicale

Autorisation de divulgation des informations médicales

(À remplir par le demandeur ou son représentant)

Veillez nous donner le nom du Médecin ou Prestataire qui comprend le mieux les capacités fonctionnelles du Demandeur à utiliser les transports en commun.

Médecin ou Prestataire du Demandeur : _____

Adresse du Médecin : _____

Téléphone du Médecin : _____ Fax : _____

Dossier Médical ou N° d'Identité, si connu: _____

Moi, le Demandeur, j'autorise par le présent acte l'usage ou la divulgation de mes Renseignements Médicaux Protégés personnels et identifiables (RMP) comme décrits ci-dessous dans ce formulaire pour Transdev/SF Paratransit aux fins de déterminer si j'ai droit à des services de transport.

Nom du Demandeur : _____

Veillez envoyer les renseignements demandés à :

San Francisco Paratransit, 68 - 12th Street, San Francisco, CA 94103

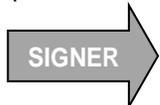
Description spécifique des Renseignements Médicaux Protégés (RMP) à utiliser ou divulguer :

Tous handicaps documentés du Demandeur et comment son/ses handicap(s) affecte(nt) la capacité du Demandeur à utiliser seul les bus urbains ou le BART ou autres bus/trains accessibles.

Cette Autorisation expire un (1) an à partir de la date de signature OU dès que l'événement suivant se produit : réception par SF Paratransit des RMP demandés, ce qui permet à SF Paratransit de déterminer si la personne a droit au Paratransit en vertu d'ADA.

Je comprends que les RMP utilisés ou divulgués pourront faire l'objet d'une nouvelle divulgation par la personne morale qui les reçoit et qu'ils ne seraient alors plus protégés par la réglementation fédérale sur le respect de la vie privée. Je comprends aussi que je pourrai révoquer cette Autorisation à tout moment en notifiant SF Paratransit par écrit.

(le formulaire DOIT être rempli avant d'être signé)



Signature du Demandeur ou de son représentant

Date

S'il y a lieu, nom en script du représentant du Demandeur : _____

Lien avec le demandeur : _____

(Ce formulaire est disponible sous formats accessibles et/ou dans d'autres langues sur simple demande)