

Sunshine Line

SECTION 1: GENERAL INFORMATION

SECCION 1: INFORMACION GENERAL

(Gender: M__ F __)

Sexo

Last Name: _____ **First Name:** _____ **MI:** _____
Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Street Address: _____ **Apt./Building:** _____
Dirección Residencial: _____ Número de Apartamento: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Social Security #: _____ **Birthdate:** _____ **Phone:** _____
Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Explain Your Disability: _____
Explique su Incapacidad: _____

Closest bus route to my address: _____ **Closest cross streets to my address:** _____
Numero de ruta más cercana a mi hogar: _____ Intersección más cercana a mi hogar: _____
1. _____ 2. _____

Please list the name and telephone number of 2 local contacts/agencies to call in case of an emergency:

Favor de escribir el nombre y números de teléfono de 2 personas (locales) en caso de emergencia:

Name: _____ **Home Phone:** _____
Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____

Relationship: _____ **Work Phone:** _____
Relación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Name: _____ **Home Phone:** _____
Nombre: _____ Teléfono del Hogar: _____

Relationship: _____ **Work Phone:** _____
Relación: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Do you need an escort to assist you in your trip? ___ Yes ___ No

¿Necesita usted traer a alguna persona para que le asista en su viaje? Si No

For: ___ **Mobility** ___ **Reading** ___ **Eating** ___ **Transfers** ___ **Medication** ___
Para: _____ Movilidad _____ Leer _____ Comer _____ Transferencias _____ Medicamentos _____

Do you Need information and material given to you in any of the following format:

Necesita usted materiales o información de las formas siguientes:

___ **Spanish** ___ **Large Print** ___ **Audio Tape** ___ **Braille** ___ **Others** ___
Español _____ Letras Grandes _____ Audio Tape _____ Escritura braille _____ Otros _____

The Person who assisted you filling out this application is a: ___ **Friend** ___ **Relative** ___ **Professional** ___

La persona quien le asistió con su aplicación es: _____ Amigo _____ Familiar _____ Profesional _____

Name: _____ **Phone:** _____
Nombre: _____ Telefono: _____

Address: _____
Dirección: _____

City: _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

If professional, list agency: _____
Si es un Profesional escriba la agencia: _____

Address: _____
Dirección: _____

SECTION 2: APPLICANT'S ABILITY TO USE REGULAR BUS SYSTEM

SECCION 2: ABILIDAD DEL APLICANTE PARA USAR EL SISTEM DE AUTOBUSES

Please read the following statements and circle those which best describe your ability to use the regular bus service. You may select more than one:

Favor de leer las siguientes oraciones y marque la que mejor describa su habilidad para usar el sistema de autobuses regulares:

1. I can sometimes use regular bus service but for certain trips, either I have not been trained, or there are other barriers present.

Puedo usar el servicio regular de autobuses en algunas ocasiones pero no conozco bien las rutas, necesito entrenamiento o hay muchas barreras físicas.

2. I have a temporary disability which prevents me from getting to the bus stop. I will need shared-ride van service only until I recover.

Tengo una incapacidad temporera que me impide usar el servicio de autobús. Podría usar el servicio de minibús de Puerta-a-puerta hasta que me recupere.

3. I have a mobility disability which prevents me from boarding any of the regular buses.

Tengo una incapacidad que me impide caminar y usar los autobuses regulares.

4. I have a mobility disability which prevents me from boarding even an accessible bus (with a wheelchair lift) without assistance.

Tengo una incapacidad que me impide caminar y usar el sistema de autobuses (con sistema de levantar sillas de ruedas) sin ayuda; necesito un ayudante.

5. I can not get to the bus stop by myself.

No puedo llegar a la parada del autobús por mí mismo(a).

6. I have a cognitive disability which prevents me from remembering and understanding all I have to do to find my way to and from the bus stop and/or to ride the bus. I don't feel that I can ever learn.

Tengo una incapacidad de aprendizaje la cual me impide recordar, entender y encontrar la parada de autobús. Creo que no puedo aprender a usar el autobus.

7. Although I have a cognitive disability which prevents me from remembering and understanding all I have to do, I think that with training I can learn to ride the bus.

Aunque tengo una incapacidad de aprendizaje que me impide entender y recordar todo, pienso que con entrenamiento podría aprender a usar el autobús.

8. I have a visual disability which prevents me from finding my way to/from the bus stop. I think that with training I can learn, but I don't know how right now.

Tengo una incapacidad visual que me impide encontrar la parada de autobuses. Creo que con entrenamiento podría hacerlo pero ahora mismo no estoy seguro(a).

9. I have a visual disability which prevents me from getting to and from the bus stop. I don't feel that I can ever learn.

Tengo una incapacidad visual que me impide llegar a la parada del autobús. Creo que nunca podría aprender.

10. I have a severe medical condition. My condition results in an impairment which makes it impossible for me to use regular bus service.

Tengo una condición médica severa. Mi condición resulta en un impedimento que hace imposible usar autobuses regulares.

11. I have an episodic disability. I can use the bus on those days when I am feeling well, but on bad days, I can't make it to the bus stop, or even get on the bus.

Mi incapacidad tiene episodios. En ocasiones me siento bien y puedo tomar el autobús, pero tengo días en los cuales no puedo llegar a la parada del autobús.

SECTION 3: INFORMATION ABOUT YOUR CURRENT USE OF REGULAR BUS SERVICE **SECCION 3: INFORMACION SOBRE SU USO DE LOS SERVICIOS REGULARES DE AUTOBUS**

1. Do you currently use regular bus service at all? **Yes** **No**
 ¿Utiliza usted los servicios de autobuses regulares actualmente? Si No

2. When was the last time you used regular bus service? _____
 ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el servicio de autobús?

3. Do you use a mobility aid when you travel? **Yes** **No** **What aid?** _____
 ¿Usted usa algún tipo de ayuda para moverse cuando viaja? Si No Que equipo?

4. How far can you travel? _____
 ¿Cuan lejos usted puede viajar?

Circle one:
 Circule uno:
Can **Cannot**
 Puedo No Puedo
Can **Cannot**
 Puedo No Puedo
Can **Cannot**
 Puedo No Puedo
Can **Cannot**
 Puedo No Puedo
Can **Cannot**
 Puedo No Puedo

Circle one:
 Circule uno de los siguientes:
Assisted **Unassisted**
 Con Asistencia Sin Asistencia
Assisted **Unassisted**
 Con Asistencia Sin Asistencia
Assisted **Unassisted**
 Con Asistencia Sin Asistencia
Assisted **Unassisted**
 Con Asistencia Sin Asistencia
Assisted **Unassisted**
 Con Asistencia Sin Asistencia

Travel outside my home:
 Viajar fuera de mi hogar:
Get to the curb in front of my home:
 Llegar al frente de mi Hogar:
Travel up to 3 blocks (1/4 mile):
 Viajar hasta 3 bloques (1/4 milla):
Travel up to 6 blocks (1/2 mile):
 Viajar hasta 6 bloques (1/2 Milla):
Travel up to 9 blocks (3/4 mile):
 Viajar hasta 9 bloques (3/4 milla):

5. Can you wait up to 30 minutes for a regular bus at a bus stop?
 ¿Podría usted esperar hasta 30 minutos en la parada del autobús regular?
Yes **Yes, only if it has a bench and shelter:** **No, I can't wait that long:**
 Sí Sí, donde halla para cubrirse y sentarse: No, puedo esperar tanto tiempo:

Explain why not: _____
 Explique por que no:

Note: All buses are fully accessible with wheelchair lifts, many also have a kneeler which lowers the height of the steps to the curb. Passengers who find the steps are still too high may enter and exit the bus by standing on the wheelchair lift.

Nota: Todos los autobuses están equipados para acomodar personas con sillas de ruedas y tienen sistemas hidráulicos que bajan los escalones en las aceras. Si los escalones son muy altos usted puede subir al autobús usando el sistema de elevador de sillas de ruedas.

6. Can you get on and off a regular bus?
 ¿Podría usted subir y bajar a los autobuses regulares?
 Yes **No** **Sometimes:** **I don't know, I have never tried:**
 Sí No En ocasiones: No sé, nunca e tratado:

If you chose NO or SOMETIMES, please check all that applies:
 Si eligió "No" o "en ocasiones", favor de marcar lo siguiente:
 Only if the bus has a wheelchair lift. **I probably could with instructions.**
 Solo en autobuses con elevador de sillas de ruedas. Probablemente podrida con instrucciones.
 I cannot climb the stairs. **I do not want to use the lift.**
 No puedo subir escaleras . No deseo usar el elevador.
Other: _____
 Otros:

7. If you are able to get on and off regular buses, can you get to a seat or wheelchair position by yourself and ride the bus?

¿ Si usted pudiese entrar y salir en un autobús regular, podría usted sentarse y/o acomodar su silla de ruedas por si mismo/ma?

- Yes** **No** **Sometimes** **I don't know, I have never tried.**
- Sí No En ocasiones No sé, nunca e tratado.

8. If you chose NO or SOMETIMES, please check all that apply:

Si usted seleccionó No o en ocasiones, favor de marcar lo que aplica:

- I need someone to help me.** **I need a seat nearest the door.**
- Necesito ayuda de alguien. Necesito sentarme cerca de la puerta.
- I have a balance problem.** **I have trouble finding a seat.**
- Tengo problemas de balance. Tengo problemas encontrando asiento.

Other : _____
Otros:

SECTION 4: INFORMATION ABOUT YOUR DISABILITY AND MOBILITY EQUIPMENT

SECCION 4: INFORMACION SOBRE INCAPACIDAD Y EQUIPO DE MOVILIDAD

1. What type or types of disabilities prevent you from using regular bus service? (Check all that apply) ¿Que tipo de incapacidad previene el usar los servicios de autobuses?

- Physical disability.** **Visual impairment / blindness.**
- Impedimento físico. Impedimento visual / ceguera.
- Developmental disability.** **Mental impairment.**
- Impedimento de desarrollo mental . Enfermedad mental.
- Health related condition.** **Other:** _____
- Condiciones relacionadas con salud. Otros:

2. Is your disability: Permanent Temporary I don't know.

Es su incapacidad: Permanente Temporal No sé.

If temporary, I expect it to last for another _____ months.
Si es temporal, espero que su duración sea por _____ meses.

3. Please indicate below if you use any of the following mobility aids or equipment:

Favor de indicar si usted utiliza cualquiera de los siguientes equipos de movilidad:

Note: shared-ride van service will not accept wheelchairs that are larger than 30 inches by 48 inches, 600 pounds when fully loaded.

Nota: viaje compartido de minibús no aceptara sillas de ruedas sobre 30 pulgadas por 48 pulgadas, ni de 600 libras de peso ocupada.

- Cane** **Long white cane** **Leg braces**
- Bastón Bastón largo blanco Abrazadera de piernas
- Crutches** **Alphabet-picture board** **Walker**
- Muletas Tablero de fotos alfabeticas Andador
- Manual wheelchair** **Powered wheelchair** **Power scooter-cart**
- Silla de rueda manual Silla de rueda eléctrica Triciclo eléctrico
- Portable Oxygen (Oxigeno portátil)**
- Service animal (describe):** _____
- Animal de servicio (describa): _____

SECTION 7: TRAVEL TRAINING

SECCION 7: ENTRENAMIENTO PARA VIAJE

NOTE: Travel training is a personalized (individual or group) instruction that teaches the skills necessary to use regular bus service.

Nota: Entrenamiento para viaje es personalizado (individual o en grupo) y enseña las destrezas necesarias para usar sin problemas los autobuses de Hartline regulares.

1. Have you ever received travel training? Yes _____ No _____
¿Usted nunca ha recibido entrenamiento para viajar? Si No

A.) If yes, which agency trained you? _____
De marcar si. ¿Cual agencia le entrenó?

B.) If yes, indicate below all the skills you learned:
De marcar si. Indique todas las destrezas con que usted cuenta:

Travel to and from bus stops:
Viajar hacia la parada de bus:

Crossing streets:
Cruzar al calle:

You learned the following routes:
Sabe usted las rutas siguientes:

Route # _____ Route # _____ Route # _____ Route # _____ Route # _____
Ruta # Ruta # Ruta # Ruta # Ruta #

Reading bus schedules and planning trips: _____ Other: _____
Leer los itinerarios de los autobuses y planificar viajes: Otros:

Did you complete the above described instructions? _____ Yes _____ No _____
¿Usted completo las instrucciones descritas arriba? Si No

2. Would you be interested in getting information about this service? _____ Yes _____ No _____
¿Le interesaría obtener información sobre estos servicios? Si No

If you checked “No” please explain why you are *not* interested in Travel Training.
Y si Ud. marco que “No” por favor explique porque no esta interesado en los entrenamientos de viajes.

SECTION 8: APPLICANT'S CERTIFICATION

SECCION 8: CERTIFICACION DEL APLICANTE

Sunshine Line provides door-to-door service to eligible County residents who cannot use the regular bus system when they are traveling within $\frac{3}{4}$ mile of a regular bus route. This shared-ride door-to-door service is intended only for those trips that the person cannot make on regular bus system. This application is intended to determine when and under what circumstances the applicant can use shared-ride door-to-door service. I understand that the purpose of this application is to determine if there are times when I cannot use the regular bus system and will need to use the shared-ride door-to-door system. I understand that all of the information concerning my disability and discussed in this application will be kept confidential and shared only with professionals that will be involved in the determination of my eligibility. I certify that, to the best of my knowledge, all of the information in this application is true and correct. I authorize any professional-organization and/or agency listed in this application and on the professional verification form to release information relating to my disability to Sunshine Line to perform door-to-door service eligibility determinations.

Sunshine Line provee servicios de puerta a puerta a cualquier persona que cualifique para el programa y no pueda usar el sistema de autobuses regulares cuando viajan rdo en un radio de $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta de autobús. El servicio de puerta a puerta agrupa a aquellas personas que no pueden llegar o usar los servicios regulares de autobuses. Esta aplicación es para determinar bajo que circunstancias el aplicante no puede usar el servicio de autobuses y cuando no. Entiendo que toda la información concerniente a mi incapacidad discutida en esta aplicación será mantenida confidencialmente y usada solamente por un profesional que estará determinando mi elegibilidad. Certifico que, en el mejor de mi conocimiento, toda la información en esta aplicación es cierta y correcta. Yo autorizo a cualquier organización y agencia listada en esta aplicación para dar información relacionada con mi incapacidad al Sunshine Line para la determinación de mi elegibilidad.

Applicant's Signature: _____ **Date:** _____

