

APLICACIÓN PARA MITS

Por favor devolve a:

FWTA (MITS)- 801 Cherry Street, Suite 850, Fort Worth, Texas 76102
(817) 215-8600 Voz
(817) 215-8934 FAX

Sección 1

Para ser completada por el solicitante _ Por favor escriba o imprima

Alguna vez ha sido certificado para el uso de MITS? YES NO Fecha de nacimiento _____

Si no, alguna vez ha solicitado MITS? YES NO Fecha precisa _____

1. Nombre: Sr. Sra. _____
Primer nombre Inicial Apellido

2. Teléfono de casa _____ Teléfono de Trabajo _____

3. Domicilio _____
Calle o Box # Ciudad Estado Código postal

Nombre Y Numero de Apartamento _____

Dirección Postal _____

(Si es diferente) Calle o Box # Ciudad Estado Código Postal

4. Preferencia de Idioma: Ingles Español Braille Letras Grandes _
AUDIO Ingles / Español (Circule uno)

5. Contacto de Emergencia _____
Nombre Relación Teléfono en el Día
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

6. Dispositivo de Ayuda utilizado? Marque todas las que se aplican:

Manual de silla de ruedas Silla eléctrica Motor de Poder Oxigeno Portátil
Bastón Muletas Andador Prótesis Movilidad / Bastón Blanco
Animal de Servicio Que servicio se ofrecen de los animales? _____

7. Si usted usa silla de rueda o moto,

Su residencia tiene rampa para silla de ruedas? YES NO

Si **NO** rampa, cuantos escalones? ____ (El conductor no tomara una silla de ruedas hacia arriba o hacia abajo por más de 6" o más de un escalón.)

Si más de un paso, como transportara su silla de ruedas hacia el nivel de la calle? _____

8. Si es necesario, se puede transferir a si mismo de una silla de ruedas a un coche de pasajeros? YES NO

9. Alguna vez has utilizado el servicio de autobuses de la ciudad? SI NO Ha tenido entrenamiento para usar el servicio de la ciudad? SI NO

Destinos que más frecuenta – anote las direcciones

Firma del Solicitante _____

Fecha _____

(Nota: Una vez que hemos recibido una solicitud con toda la información requerida, puede tomar hasta 21 días para procesarla.)

SECTION 2: Applicant Name _____ [for fax transmissions]

Date of Birth _____ / _____ / _____
(required) Mo / Day / Yr

For Office Use Only
NBR _____

Must be completed by Agency or Physician - Please type or print

Please remember that the paratransit program is a subsidized shared ride service that provides transportation to persons who have a disability that **PREVENTS** use of the existing public transit. Also keep in mind that we have a high volume of individuals who are interested in service, but the purpose of paratransit is **for those qualified persons whose only option for transportation is paratransit**. If you have questions regarding eligibility, please call the MITS office at 817-215-8600. All final decisions regarding eligibility are made by the MITS administrative staff.

10. What is the medical diagnosis that causes the disability?

(i.e., if mental retardation - list I.Q., seizures - list type, # per month)

Date of diagnosis _____

11. How does the disability prevent the applicant from riding regular city bus service? What are their functional limitations?

List any medications that may impair or aid with mobility. _____

Is there any therapy pending? _____ Expected results _____
If the person has a disability affecting mobility: Is the person: [check appropriate box(s)]

Able to **walk or wheel self** without assistance? Yes No (3 blocks = 1/4 mile)
less than 1 Block 1 Block 3 Blocks 6 Blocks 9 Blocks

Remarks _____

Using a handrail, is applicant able to climb three 12 inch steps without assistance? Yes No

Remarks _____

Able to wait outside in all weather conditions without support for at least 20 minutes? Yes No

Remarks _____

If vision impaired, what is **Best Corrected Acuity** (Snellen)?

Right eye _____ Left eye _____ **Field Restriction:** Right _____ Left _____

12. Does this person use any assistive devices? If so, what? _____

Has this person ever had training to use the city bus service? Yes No Do Not Know
Could this person use regular city bus service? **never sometimes always** If wheelchair accessible? _____
Could this person benefit from Bus Route training? Yes No

13. Is disability Permanent Temporary

If temporary, how long will applicant need service? _____

14. All certified applicants are allowed to take a guest with them. Is the applicant required to have a personal care attendant to administer assistance with them? Yes No

If needed, applicant must provide their own attendant.

Agency or Physician Name, Address, and Telephone

Verifying Agency or Physician Name () Area Code Phone Fax #

Address City State Zip

15. I (PRINT NAME) _____ certify that the above information is true and correct.

Signature of Verifying Agency or Physician _____ Date _____

Any additional information, please attach. Thank you for taking the time to complete this application.