



Solicitud de servicio de paratránsito

Fecha de solicitud: _____

1. Los estudiantes que requieran usar el Servicio de Paratransito como adaptación de la ADA deben comunicarse con el Centro de Recursos para Personas con Discapacidades al 706-542-8719 para obtener más información.
2. Los profesores / personal que requieran usar el Servicio de Paratransito como alojamiento ADA deben comunicarse con Relaciones con la Facultad y el Personal, Recursos Humanos al 706-542-9756 para obtener más información.

PARTE I: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

POR FAVOR, ESCRIBA O IMPRIMA EN TINTA AZUL O
NEGRA SOLICITUD DE SERVICIO DE PARATRÁNSITO

☐

Nuevo Solicitante

☐

Recertificación - ID#

☐

Facultad

☐

Personal

☐

Estudiante

☐

Invitado

Nombre:

Primero

M.I.

Apellido

Dirección

Permanente:

Salón Residencial:

Dirección:

Número de teléfono

UGA MyID Dirección de correo electrónico

Fecha de nacimiento

Persona de contacto en caso de emergencia:

Número de teléfono:

Relación con el solicitante:

PARTE II. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD

1. ¿Qué limitaciones le impiden utilizar nuestro servicio de ruta fija, servicios de transporte y estacionamiento, autobuses de tránsito? Por favor, explique completamente. Use una hoja adicional si es necesario.

a. ¿Esta condición es temporal? _____

b. En caso afirmativo, ¿cuál es la duración prevista? Sírvase indicar el número de _____ *días/semanas/meses* (marque uno) o proporcione la fecha prevista en la que el solicitante ya no necesitará utilizar los Servicios de Paratransito: ____/____/____

c. Fecha de diagnóstico: _____

2. Tenga en cuenta cualquier otro aspecto de su condición que los Servicios de Paratransito puedan necesitar saber para asegurarse de que se asigne un vehículo adecuado para transportarlo y para realizar un análisis preciso de su viaje.

-
3. ¿Utilizas alguna de las siguientes ayudas a la movilidad? ☐ No ☐ Sí, marque todo lo que corresponda.

☐ Scooter manual eléctrico ☐ para silla de ruedas ☐ Muletas ☐ Patinete de rodilla ☐ Silla de ruedas motorizada ☐ Bastón ☐ Aparato ortopédico ☐ para animales de servicio ☐ Andador

4. Proporcione una breve descripción de usted para permitir que los conductores lo identifiquen:

5. Responda a las siguientes preguntas:

a. ¿Se puede viajar 200 pies sin ayuda?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces

Sírvase proporcionar cualquier información adicional pertinente:

b. ¿Se puede viajar 1/4 de milla sin ayuda?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces

Sírvase proporcionar cualquier información adicional pertinente:

c. ¿Puedes subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

☐ Sí, ☐ no ☐ , a veces.

Sírvase proporcionar cualquier información adicional pertinente:

d. ¿Se puede esperar fuera sin apoyo durante diez minutos?

☐ Sí, ☐ no ☐ , a veces.

Sírvase proporcionar cualquier información adicional pertinente:

Firma del solicitante: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ **Fecha:** _____



UNIVERSITY OF
GEORGIA

Transportation &
Parking Services

PARTE III: Certificación de un Proveedor de Atención Médica Licenciado o Certificado

Esta sección debe ser completada por el proveedor de atención médica con licencia o certificado que pueda verificar la condición y las necesidades de movilidad del estudiante. Los estudiantes con lesiones temporales (por ejemplo, huesos rotos, recuperación de una cirugía) pueden ser elegibles para adaptaciones temporales a través de Paratransit. Para proporcionar alojamiento temporal apropiado para este estudiante, complete todas las secciones apropiadas de este formulario, ya que la documentación completa ayuda a la Oficina de Tránsito a determinar el alojamiento apropiado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al (706) 369-5991.

Nombre del estudiante: _____ D.O.B. _____

Diagnóstico(s) actual(es): _____

Criterios diagnósticos o método de evaluación: _____

Duración esperada / pronóstico: _____

Información del proveedor médico

Nombre: _____ Especialidad: _____

Título: _____ Teléfono: _____

Dirección de la oficina: _____

Licencia/Certificación # y Estado de la Licencia: _____

Fecha del último servicio prestado al estudiante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

**Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
También certifico que la información anterior proporcionada por mi paciente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**