

5081 Fred Wilson • El Paso, TX 79906
Office 212-0100 • Fax 212-0102

Application

1. Name: _____
2. Address: _____
3. Telephone #: _____ Alternative #: _____
Email address: _____
4. Date of Birth: _____
5. Emergency contact information:
Name: _____
Telephone #: _____ Relationship: _____
6. Do you use a mobility device?
Please mark all that apply:

Portable Oxygen	Crutches	Walker
White Cane	Service Animal	Leg Braces
Wheelchair/powerd	Powered Scooter	Prosthesis
Wheelchair/manual	Walking Cane	Communication Board
Respirator	Other, please explain, _____	
7. Would you prefer to receive future written information in an alternative format? Please mark format desired.
Large Print Email Address: _____ Another format: _____
8. Do you have the ability to get on a regular city bus equipped with a ramp or with a wheelchair lift? If no, please explain.
9. Without assistance, are you able to travel without difficulty, to the nearest fixed route bus stop by your home?
Yes No Sometimes

10. Please explain, what conditions would prevent you from traveling to the fixed route service? (Example: unpaved areas, distance, health conditions)

11. Is your disability or disabilities a permanent or temporary condition?
Permanent Temporary

12. Do you require a Personal Care Attendant?
Yes No Sometimes

13. Are you able to locate landmarks of your destination without assistance?
Yes No Sometimes

14. Do you require door-to-door service?
Yes No Sometimes, please explain: _____

15. Please use this space to tell us anything else you would like us to know about travel challenges and your ability to use either the LIFT or fixed bus service:

16. I certify all information is true and correct. I agree that if any information given to Sun Metro is false or misleading, Sun Metro will have the right to reconsider my right to participate in the Sun Metro LIFT program. I understand, I may be asked for an in person interview to verify the information provided is correct. If asked to come in, Sun Metro LIFT will provide transportation.

Important: Sun Metro will only use this information to determine my eligibility to use Sun Metro LIFT. Sun Metro will keep this information confidential and secure and will only use it for transportation-related purposes. Sun Metro may also use the contact information provided to solicit feedback about the LIFT, including providing the telephone and name to a third-party to carry-out periodic surveys. **If you do not wish to participate in surveys or receive calls regarding the LIFT's service, check here:**

Signature _____

Date _____

Please have your Doctor or a certified agency complete and sign this form.

5081 Fred Wilson • El Paso, TX 79906
Office 212-0100 • Fax 212-0102

Applicant's Name

Applicant's Date of Birth

Dear Doctor/Agency:

Sun Metro LIFT provides curb-to-curb transportation service on a shared-ride basis using small buses equipped with hydraulic wheelchair lifts. This service is available to persons who because of their disability, are prevented from:

- Independently getting to/from a bus stop or transfer point using traditional Sun Metro fixed-route buses
- Independently boarding, riding and exiting a Sun Metro fixed-route bus
- Boarding or getting to/from a bus stop because of the inability of the bus to deploy the lift or ramp at an inaccessible bus stop

The above applicant is applying for Sun Metro LIFT service and is kindly requesting information regarding his/her disability. This information will allow Sun Metro to properly evaluate the applicant's inability to ride Sun Metro's traditional fixed-route system and thereby becoming eligible for Sun Metro's paratransit system. Thank you for your cooperation.

You're welcome to provide feedback for any changes/additions.

1. Capacity in which you know the applicant: _____

2. Condition causing the disability: _____

3. Is the condition temporary? Yes No

 If yes, what is the expected duration: _____

4. If the person has a disability affecting mobility, is the person able to travel without assistance? Yes No Sometimes

5. Does the person use any mobility aids? Yes No

 If yes, describe: _____

6. Does the applicant have a visual impairment? Yes No

 If yes, please complete client's visual acuity:

 Right eye _____ Left eye _____ Both eyes _____

 If other vision condition, please describe: _____

7. Does the applicant have an intellectual disability? Yes No

If yes, please describe: _____

8. Are there any other conditions or disabilities that would prevent this applicant from riding the traditional wheelchair-accessible fixed route that Sun Metro should be aware of?

I certify that the information provided is true and correct to the best of my knowledge.

Agency or Physicians Name: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____ Date: _____

Print Name: _____

Solicitud de servicios

1. Nombre: _____
2. Domicilio: _____
3. Número de Teléfono: _____ Número Alternativo: _____
Correo electrónico: _____
4. Fecha de nacimiento: _____
5. Contacto de emergencia:
Nombre: _____
Número de Teléfono: _____ Relación: _____
6. ¿Usa recursos de movilidad? *Marque los que aplican:*

Oxígeno portátil	Muletas	Andador
Bastón blanco	Animal de servicio	Tirantes del pie
Silla de Rueda Electrónica	Scooter Electrónica	Prótesis
Silla de Rueda Manual	Bastón	Teclado de Comunicación
Respirador	Otro (explicar): _____	
7. ¿Le gustaría recibir en el futuro información escrita en una forma alternativa? Favor de marcar:
Letra Grande Correo electrónico: _____ Otro: _____
8. ¿Tiene la habilidad de usar el camión regular de la ciudad que está equipado con una rampa o elevador para silla de ruedas? Si no, favor de explicar:
9. ¿Sin asistencia, usted tiene la habilidad de viajar sin dificultad, a la parada de ruta más cercana de su casa?
Sí No A veces

10. Favor de explicar las condiciones que lo previene usar los servicios de ruta fija. (Ejemplo: áreas sin pavimento, distancia, condiciones de salud)

11. ¿Es su discapacidad o discapacidades permanentes o condiciones temporales?

Permanente Temporal

12. ¿Requiere un asistente de cuidado personal?

Sí No A veces

13. ¿Usted puede localizar señales para llegar a su destino sin asistencia?

Sí No A veces

14. ¿Requiere servicios de puerta-a-puerta?

Sí No A veces (favor de explicar): _____

15. Por favor utilice este espacio para decirnos que le gustaría que nosotros sepamos sobre los retos en los viajes y su capacidad para usar ya sea el LIFT o el servicio de ruta fija:

16. Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo que si cualquier información dada a Sun Metro es falsa o engañosa, Sun Metro tendrá el derecho a reconsiderar mi derecho a participar en el programa de Sun Metro LIFT. Entiendo, que me pueden hacer una entrevista en persona para verificar que la información proporcionada es correcta. Si necesito asistir a la entrevista, Sun Metro proporcionará el transporte.

Importante: Sun Metro únicamente utilizará esta información para determinar mi elegibilidad para el uso de Sun Metro LIFT. Sun Metro mantendrá esta información confidencial y segura y solo para propósitos relacionados al transporte. Sun Metro también podría utilizar mi información de contacto para hacer sondeos sobre el servicio del LIFT, incluyendo el de proveer el teléfono y nombre a terceros para llevar a cabo encuestas ocasionales. **Si no desea participar en tales encuestas o recibir llamadas acerca del servicio del LIFT, favor de indicarlo aquí**

Firma _____

Fecha _____

Por favor tenga a su doctor o una agencia certificada llenar y firmar esta forma.

5081 Fred Wilson • El Paso, TX 79906
Office 212-0100 • Fax 212-0102

Nombre del solicitante

**Fecha de nacimiento
del solicitante**

Doctor/Agencia:

Sun Metro LIFT ofrece servicio de transporte de puerta a puerta en forma de viaje compartido utilizando autobuses equipados con elevadores de sillas de ruedas hidráulicas. Este servicio está disponible para las personas que por su discapacidad se vean impedidos para:

- Independientemente llegar a / desde una parada de autobús o punto de transferencia utilizando autobuses de ruta fija de Sun Metro.
- Independientemente de subir, andar y bajarse de un autobús de ruta fija de Sun Metro
- Abordar o llegar a / desde una parada de autobús a causa de la incapacidad del bus para desplegar el ascensor o la rampa en una parada de autobús inaccesible

El solicitante arriba está aplicando para el servicio de Sun Metro LIFT y solicita amablemente información sobre su discapacidad. Esta información permitirá a Sun Metro para evaluar adecuadamente la incapacidad del solicitante para montar el sistema de ruta fija tradicional de Sun Metro y de ese modo llegar a ser elegible para el sistema de para tránsito de Sun Metro.

Gracias por su cooperación.

Le invitamos a aportar sugerencias para cambios / adiciones.

1. Capacidad en que conoce al solicitante: _____

2. La condición que causa la discapacidad: _____

3. ¿Es la condición temporal? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es la duración esperada: _____

4. Si la persona tiene una movilidad que afecta a la discapacidad, ¿es la persona capaz de viajar sin ayuda? Sí No A veces

5. ¿Utiliza la persona cualesquiera ayudas para la movilidad? Sí No

En caso que sí, describa: _____

6. ¿Tiene el solicitante una discapacidad visual? Sí No
En caso que sí, por favor complete la agudeza visual del cliente:
Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____ Ambos ojos _____
Si otra condición de la visión, favor de describirla: _____

7. ¿Tiene el solicitante una discapacidad intelectual? Sí No
En caso que sí, favor de describirla: _____

8. ¿Hay otras condiciones o discapacidades que impidan este solicitante de viajar en el tradicional ruta fija que Sun Metro debe tener en cuenta?

Certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Nombre de Agencia o Doctor: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (con letra de imprenta): _____