SUN METRO LIFT
5081 FRED WILSON • EL PASO, TX 79906
534.5854 • 564.4410 FAX

APPLICATION • *APLICACIÓN*

1. **Name / *Nombre*** Mr. _____
   (Mr. Ms.) (Sr. Sra. Srta.)

2. **Address / *Domicilio*** _____ _____
   (Apt.)
   _____ _____
   (City / State) (Ciudad / Estado) *(Zip Code / Código Postal)*

3. **Telephone Number / *Número de Teléfono*** _____ _____
   (Home / Casa) *(Work / Empleo)*

4. **Date of Birth / *Fecha de Nacimiento*** _____

5. **Authorized ID# / *Número de Credencial Autorizada*** _____

   Person who can be contacted in case we are unable to reach you at the listed telephone numbers.
   Persona a quien llamar en caso de no poder comunicarnos con usted a los teléfonos indicados.

   Name / *Nombre* Mr. _____
   (Mr. Ms.) (Sr. Sra. Srta.)

   Telephone Number / *Número de Teléfono* _____ _____
   (Home / Casa) *(Work / Empleo)*

   Relationship / *Parentesco* _____

6. **Do you need written information in another format? *¿Necesita información escrita en otra forma?***

   ☐ Yes / *Sí* ☐ No

   If *yes* please indicate:
   ❒ braille
   ❒ large print
   ❒ audiotape
   ❒ foreign language _____

   Favor de indicar si marcó sí:
   ❒ *braille*
   ❒ *letras grandes*
   ❒ *cinta de audio*
   ❒ *otro idioma* _____

7. **Do you have the ability to get on and off regular city buses equipped with a wheelchair-lift?**
   (either standing or with a mobility aid)

   ¿Tiene la habilidad de subir y bajar del camión regular que esta equipado con elevador? *(solo o con ayuda)*

   ☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ Sometimes / *Algunas veces* ☐ I do not need the lift / *No lo necesito*

8. **Do you have the ability to independently get to the regular city bus stops nearest to your home?**

   ¿Tiene la habilidad de llegar independientemente a la parada del camión regular cerca de su casa?

   ☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ Sometimes / *Algunas Veces* ☐ I do not know / *No lo sé*

If you answered *no, sometimes* or *I do not know*, please explain reason / *Si contesto no, algunas veces o no lo sé, favor de indicar la razón*

_____

9. **Do you have the ability to get to a seat or wheelchair securement area when you board a regular city bus equipped with a wheelchair-lift?**

   ¿Tiene la habilidad de llegar al asiento o área de resguarde para silla de rueda cuando aborda el camión regular equipado con elevador?

   ☐ Yes / *Sí*
   ☐ Yes, with assistance from driver or personal attendant / *Sí, con ayuda del chofer o asistente personal*
   ☐ No

10. **Do you have the ability to recognize landmarks or know where to get off the bus when you use the regular city bus for transportation?**

    ¿Tiene la habilidad de reconocer puntos de referencia o saber donde bajarse del camión cuando usa el camión regular para transportación?

    ☐ Yes / *Sí*
    ☐ Yes, with the driver's assistance and/or route information / *Sí, con ayuda del chofer y/u horarios informativos*
    ☐ No (explain / *explique)* _____

11. **If you use a wheelchair or scooter, is the mobility device more than 30" wide, 48" long or weigh over 600 pounds when in use?**

    ¿Si usa silla de rueda o moto eléctrica, es el aparato de movilidad mas de 30" de ancho, 48" de largo o pesa mas de 600 libras cuando esta en uso?

    ☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ Does not apply / *No aplica*

12. **Do you have the ability to use a telephone to call Sun Metro Information and understand information given about the regular city buses, routes and schedules?**

    ¿Tiene la habilidad de usar un teléfono para llamar a la oficina de información y entender la información dada sobre el camión regular, rutas y horarios?

    ☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ Sometimes / *A veces* (explain/*explique*) _____

13. **Do you have the ability to deal with unexpected situations or unexpected changes in routines?**

    ¿Tiene la habilidad de afrontar situaciones inesperadas o cambios inesperados de rutina?

    ☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ Sometimes / *A veces* (explain/*explique*) _____

    _____

14. **Do you have the ability to safely travel through crowded regular city bus transfer stations (for example: San Jacinto Plaza, Northeast Terminal)?**

    ¿Tiene la habilidad de viajar sin riesgo por terminales de transferencias llenas de gente (por ejemplo: Plaza San Jacinto, Terminal del Noreste)?

    ☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ Sometimes / *A veces* (explain/explique) _____

15. **Have you ever received training to use Sun Metro's regular city buses?**

    ¿Ha recibido entrenamiento para usar la línea de autobuses regular de Sun Metro?

    ☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ In the process / *En el proceso*

    If *yes* or *in the process* was marked, indicate from which agency. *Si marcó Sí o En el Proceso, indique de cual agencia*

    _____

    _____

16. Does your ability to use wheelchair lift-equipped regular city buses change from day to day?

¿Cambia su habilidad para usar la línea regular de camiones equipados con elevador para silla de rueda de día en día?

☐ Yes, my abilities change from day to day / *Sí, mis habilidades cambian de día en día*
☐ No

17. Do weather conditions affect your ability to use wheelchair lift-equipped regular city buses including traveling to and from bus stops and waiting for buses?

¿Afectan las condiciones del clima su habilidad de usar la línea regular de camiones equipados con elevador para silla de rueda, incluyendo viajar de y a paradas del camión y esperar a los camiones?

☐ Yes / *Sí* ☐ No

If *yes* was marked, please describe the type of weather conditions and how they affect your abilities:
Si marcó Sí, favor de describir las clases de condiciones del clima y como afectan sus habilidades:

_____

_____

18. Are there any conditions of your inabilities that we need to be aware of?

¿Hay algunas condiciones de su inhabilidad de las cuales necesitamos saber?

(Explain / Explique) _____

_____

The following information will be used to ensure that an appropriate vehicle is utilized to provide your transportation. *La siguiente información será usada para asegurar que el vehículo usado sea el apropiado para su transportación.*

19. Do you use any of the following aids for mobility? *¿Usa alguna de las siguientes ayudas para su movilidad?*

Please mark all that are applicable / *Favor de marcar todas que aplican*

☐ Portable Oxygen / *Oxígeno Portátil*
☐ Prosthesis / *Prótesis*
☐ Crutches / *Muletas*
☐ Cane / *Bastón*
☐ Service Animal / *Animal de Servicio*
☐ Power Wheelchair / *Silla de Rueda Eléctrica*
☐ Manual Wheelchair / *Silla de Rueda Manual*
☐ Power Scooter / *Moto Eléctrica*
☐ Walker / *Andador*
☐ White Cane / *Bastón Blanco*

☐ Other / *Otro (explain / explique)* _____

20. Do you require a Personal Care Attendant when using public transportation?

¿Requiere Asistente Personal para Cuidado cuando usa transportación público?

☐ Yes / *Sí* ☐ No ☐ Sometimes / *A veces*

If *yes* or *sometimes* was marked, please explain / *Si marcó "Sí" o "A veces", favor de explicar*

_____

_____

_____

21. Is your disability permanent or temporary? ***¿Es su discapacidad permanente o temporal?***

☐ Permanent / *Permanente*
☐ Temporary (estimated duration) / *Temporal (tiempo estimado de duración)*

(Explain / Explique) _____

22. I certify all information is true and correct. I acknowledge that Sun Metro will use the information to make a determination of my eligibility to use Sun Metro/ LIFT. 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.

Yo certifico que toda la información es verdadera y correcta. Reconozco que Sun Metro usará esta información para determinar mi elegibilidad para usar el servicio del LIFT. Estoy de acuerdo que si alguna información dada a Sun Metro es falsa, Sun Metro tiene el derecho a reconsiderar mi derecho a participar en el programa Sun Metro/LIFT.

Signature / *Firma* _____ Date / *Fecha* _____

23. If this application has been completed by someone other than the person requesting certification, then the person completing the form must provide the following:

Si esta aplicación fue llenada por alguien mas que la persona requiriendo la certificación, esa persona debe completar lo siguiente:

Name / *Nombre* _____
(Mr. Ms.) (Sr. Sra. Srta.)

Address / *Domicilio* _____ _____
(Apt.)

_____, _____ _____
(City / State) (Ciudad / Estado) *(Zip Code / Zona Postal)*

Signature / *Firma* _____ Date / *Fecha* _____

In order to allow Sun Metro to evaluate your request, it may be necessary to contact a physician or other professional to confirm the information you have provided. Please complete the following information and authorization form.

Para poder permitir a Sun Metro a evaluar su petición, puede ser necesario estar en contacto con su Doctor u otro profesional para confirmar la información que usted nos a dado. Favor de completar la siguiente información y forma de autorización.

The following *(check one)* ☐ Physician ☐ Health Care Professional ☐ Approved Certifying Agency Professional is familiar with my disability and ability and is authorized to provide information to Sun Metro in order to complete this certification.

El siguiente (marque uno) ☐ Doctor ☐ Profesional de Cuidado de la Salud ☐ Agencia de Certificación Profesional Aprobado está familiarizado con mis discapacidades y habilidades y esta autorizada a proporcionar información a Sun Metro para poder completar esta certificación.

Name / *Nombre* _____
(Mr. Ms.) (Sr. Sra. Srta.)

Address / *Domicilio* _____ _____
(Apt.)

_____, _____ _____
(City / State) (Ciudad / Estado) *(Zip Code / Zona Postal)*

Telephone Number / *Número de Teléfono* _____ _____
(Home / Casa) *(Work / Empleo)*

Reset Application

PLEASE HAVE YOUR DOCTOR COMPLETE AND SIGN THIS FORM.
POR FAVOR ENTREGUE ESTA FORMA A LA OFICINA DE SU DOCTOR PARA QUE LA LLENE Y LA REVISE. ENTREGUE ESTA FORMA CON SU APLICACIÓN LO MAS PRONTO POSIBLE. GRACIAS.

_____
Patient Name

SUN METRO LIFT
5081 Fred Wilson
El Paso, Texas 79906

Dear Doctor,

The attached authorization form has been submitted by your patient, who has indicated that you can provide information regarding their disability and its impact upon their ability to utilize our wheelchair-lift-equipped regular city buses. Federal law requires that Sun Metro provide paratransit services only to persons who cannot utilize available accessible regular city buses. The information you provide will allow us to make an appropriate evaluation of this request and its application for specific trip requests. Thank you for your cooperation concerning this matter.

Capacity in which you know the applicant: _____

Medical Diagnosis of condition causing the disability:

ls the condition temporary? No ___ Yes ___

Expected duration until _____

If the person has a disability affecting mobility, is the person:
Able to travel ¼ mile without assistance? No ___ Yes ___
Sometimes _____

Able to wait outside for 10 minutes? No ___ Yes ___
Sometimes _____

Does the person use any mobility aids? If so, what? _____

If the person has a visual impairment, visual acuity with best correction:

Right eye _____ Left eye _____ Both eyes _____

Visual Fields:

Right eye _____ Left eye _____ Both eyes _____

If the person has a cognitive disability, is the person able to:

Give addresses and telephone numbers upon request?
No ___ Yes ___

Deal with unexpected situations or unexpected changes in routine?
No ___ Yes ___

Ask for, understand and follow directions?
No ___ Yes ___

Safely and effectively travel through crowded and/or complex facilities?
No ___ Yes ___

Be trained to transfer from one route to another on the regular city bus?
No ___ Yes ___

Is there any other condition of the disability of which Sun Metro should be aware?

Please describe disability and define effects in non-medical terminology:

Your Name: _____

Office Address: _____

Office Phone Number: _____

Signature: _____ Date: _____

Reset Doctor Form

Print Application