



SweetHART Dial-A-Ride Aplicação

Para pessoas com deficiência

Obrigado pelo seu interesse no serviço SweetHEART para pessoas com deficiência. Os passageiros registrados podem ligar com antecedência para agendar o transporte porta-a-porta em veículos acessíveis para cadeiras de rodas.

Qualificação:

SweetHART dial-a-ride está disponível para pessoas com 65 anos ou mais ou com uma deficiência - que limita a mobilidade

Tarifa:

\$1.00 Mão Única **\$9.00** 10-Passe de passeio

Os passageiros elegíveis podem viajar por metade da tarifa no serviço HARTransit CityBus. Os pilotos receberão um cartão de identificação SweetHART que fornece prova de elegibilidade para o programa de meia tarifa.

Horário de Atendimento:

O horário de atendimento ea disponibilidade variam de acordo com a cidade.

Área de serviço:

Dial-a-ride está disponível em Bethel, Brookfield, Danbury, New Fairfield, Newtown e Ridgefield.

Disponibilidade:

Prioridade de horário é dada àqueles que fazem reservas primeiro e como a disponibilidade permite

Reservas:

As consultas médicas podem ser agendadas com até duas semanas de antecedência, e viagens para todos os outros fins até uma semana de antecedência. As chamadas são aceitas até às 4:00 do dia anterior.

Por favor, note que as pessoas com deficiências de mobilidade mais significativas também podem ser elegíveis para SweetHEART ADA Paratransit; Para mais detalhes e requisitos de aplicação, entre em contato com o escritório HARTransit.

203-744-4070 www.HARTransit.com

Pessoas com mobilidade relacionadas com deficiências ou deficiências independentemente da idade podem qualificar-se para serviços de dial-a-ride do SweetHART. HARTransit requer o nome e as informações de contato de um profissional como um médico ou trabalhador de caso familiarizado com sua deficiência para verificação.

A. Informação pessoal

Último nome:		Primeiro nome:	
Masculino <input type="checkbox"/>	Fêmea: <input type="checkbox"/>	Data de nascimento / /	

B. Residência atual

Endereço:		
Número do apartamento:	Cidade:	CEP:
Endereço de correspondência (Se diferente de acima):		
Número do apartamento:	Cidade:	CEP:

C. Informações de contato

Telefone diurno:	TDD/ TTY:
Telefone à noite:	Celular:
Línguas faladas::	

D. Informações para contato de emergência

Pessoa de contato de emergência:	
Relação:	Telefone diurno:
Telefone à noite:	Celular:

E. Formato da informação

Você precisa de informações em um formato acessível? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, como?	
Impressão grande <input type="checkbox"/>	Braille <input type="checkbox"/>
Gravação automática <input type="checkbox"/>	De outros <input type="checkbox"/> _____

F. Condições ou Deficiências

Você já usou o serviço de ônibus de dial-a-ride ou paratransit? Sim Não

Se sim, por favor descreva: _____

Por favor, liste a (s) condição (ões) ou deficiência (s) que afeta sua capacidade de viajar: _____

Como sua condição (s) afeta sua capacidade de viajar?: _____

É esta condição ou são estas condições: Permanente Temporário

Se a sua deficiência é temporária, por favor, estimar quanto tempo você antecipar? Ele vai durar: _____

Indique se utiliza algum dos seguintes dispositivos de mobilidade:

Animal de serviço

Cadeira de rodas

Caminhante

Cana

Lambreta

De outros _____

Você estará viajando com um atendente de cuidados pessoais? Sim Não

Por favor, identifique um médico ou profissional que esteja familiarizado com sua deficiência e forneça suas informações de contato abaixo. Esta pessoa pode ser contactada durante o processo de candidatura para ajudar a determinar a sua elegibilidade para o serviço de autocarro SweetHART dial-a-ride.

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Profissional de saúde	<input type="checkbox"/> Profissional de Reabilitação
Nome do Profissional:		
Agência:		
Endereço do escritório:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone do escritório:		FAX do escritório:
Nome do candidato:		Data de nascimento: / /
Assinatura do requerente ou responsável:		

Por favor, leia e assine a declaração abaixo:

Eu entendo que o objetivo deste aplicativo é determinar a minha elegibilidade para SweetHART dial-a-ride transporte baseado na deficiência ou mobilidade deficiência. Eu certifico que, do meu melhor conhecimento, as informações neste pedido são verdadeiras e corretas. Compreendo que fornecer informações falsas ou enganosas pode resultar em uma reavaliação da minha elegibilidade.

Assinatura do Solicitante ou do Guardião

Data