



Mail Original Application:
Envíe por Correo la Aplicación Original:
Beloit Transit System
Paratransit Program
1225 Willowbrook Rd, Beloit, WI
53511

Dear Applicant:

Thank you for inquiring about the City of Beloit, Beloit Transit System (BTS) Paratransit Program. Enclosed is the application you requested. BTS provides complementary paratransit service to individuals in accordance with the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA) guidelines, for certain defined groups of disabled persons who cannot, by virtue of their disability use regular BTS bus service. Please keep in mind that per ADA regulations, BTS is only able to provide paratransit service within the area of service as determined by a ¼ of a mile radius to all local fixed bus routes.

This paratransit service is available to individuals whose disabilities prevent them from getting to a bus stop or using the BTS regular buses. An ADA compliant accessible vehicle will pick you up from in front of your point of origin and drop you off in front of your destination. The fare for paratransit service ranges from \$3.00 (in town) to \$7.00 (between Beloit and Janesville) per each one-way trip.

To enable us to accurately determine your eligibility for this service, please fill out the enclosed application form as thoroughly as possible. The questions in each section of this application are meant to determine the specific limitations you may have using BTS regular bus service. They may also determine when and under what circumstances you may be able to use the regular bus service or when you will need to use our Paratransit service. **We do not accept copies, faxes or scans. If any sections are faxed or left blank, the application will not be processed.**

You will be notified of your eligibility determination by mail or phone. BTS provides eligibility determination within 21 days of the completed application process.

Note: If the eligibility determination is not made within 21 days of completion, temporary service begins on the 22nd day.

All information provided in the application is kept confidential. If you have questions about the application or Paratransit Program or eligibility, please call: **(608) 364-2870**.

Mail your original completed application to:

Envíe por Correo la Aplicación Original:

Beloit Transit System
Paratransit Program
1225 Willowbrook Rd, Beloit, WI 53511

No Call/Late Call Cancellations

No show is defined as when the paratransit vehicle arrives at the pickup location within the 20 minute window, waits the required 5 minutes and the rider does not board the vehicle.

A late cancellation occurs when the scheduled trip is canceled by the rider less than two (2) hours before the scheduled trip. Late cancellations will be treated as no-shows when considering suspensions if the effects of such a late cancellation are operationally equivalent to a no-show in terms of the negative impact on paratransit service operations.

Suspension May Occur

A detailed check of the rider's trip history and no-show frequency will be performed to determine the rider's proportion of no-shows in relation to all trips the rider took. Riders with a no-show rate of 5% or more may result in suspension of Paratransit Service.



Envíe por Correo la Aplicación Original:
Beloit Transit System
Paratransit Program
1225 Willowbrook Rd, Beloit, WI
53511

Nota: Para español volteé la página.

Estimado Solicitante:

Gracias por preguntar sobre el City of Beloit` Beloit Transit System (BTS) Programa de Paratransito. Adjunto encontrará la aplicación que solicitó. BTS provee servicio de transportación de puerta a puerta de viajes compartidos en minibus de acuerdo a las pautas del Acta de Americanos Discapacitados del 1990 (ADA) a aquellos individuos que no pueden utilizar el servicio de autobuses regulares de BTS debido a su incapacidad. Tenga en cuenta que por las regulaciones del ADA, BTS solamente puede proveer servicio de paratransito en el area de servicio determinada por un $\frac{3}{4}$ de un radio de milla de las rutas locales de autobuses.

Este servicio de paratransito está disponible para individuos los cuales sus incapacidades les impide llegar a una parada de autobuses o utilizar el servicio regular de autobuses de BTS. Un vehículo certificado por el ADA lo recogerá frente a su punto de origen y lo dejará frente a su destinación. La tarifa \$3.00 (en la ciudad) y \$7.00 (entre Beloit y Janesville) por cada viaje de ida.

Para permitirnos determinar con exactitud su elegibilidad para este servicio, por favor complete la aplicación adjunta lo más completa posible. Las preguntas en cada sección de esta aplicación están destinadas a determinar las limitaciones específicas que usted pueda tener al usar el servicio regular de autobuses de BTS. También podrán determinar cuando y bajo qué circunstancias usted podría utilizar el servicio regular de autobús o cuándo usted necesitará utilizar el servicio de paratransito. **No aceptamos copias, faxes o escanea copia. Si envía su solicitud por fax o la deja en blanco, la solicitud no será procesada.**

Usted será citado para la entrevista y notificado por correo o por teléfono. BTS proveerá la determinación de elegibilidad por escrito dentro de un periodo de 21 días de completar el proceso de la aplicación.

Nota: Si la determinacion de elegibilidad no se hace dentro de los 21 dias, servicio temporero empezaria en el dia siguiente de haber terminado el proceso.

Toda la información provista en la aplicación se mantendrá confidencial. Si usted tiene preguntas sobre la aplicación, el programa de paratransito o elegibilidad, por favor llame al: **608-364-2870**.

Envíe por correo su aplicación original a:

Beloit Transit System
Paratransit Program
1225 Willowbrook Rd, Beloit,
WI 53511



SECTION 1: GENERAL INFORMATION

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL

Last Name: _____

Apellido:

Street Address: _____

Dirección:

City: _____

Ciudad:

Birthdate: _____

Fecha de Nacimiento:

Mr. **Mrs.** **Ms.** **Male** **Female**
Sr. Sra. Srta. Masculino Femenino

First Name: _____

Nombre:

MI: _____

Inicial:

Apt./Building: _____

Número de Apartamento/Edificio

State: _____

Estado:

Zip Code: _____

Código Postal:

Phone: _____

Teléfono:

Please list the name and telephone number of two (2) persons to call in case of an emergency:

Favor de listar los nombres y números telefónicos de dos (2) personas a llamar en caso de emergencia:

Name: _____

Nombre:

Relationship: _____

Relación:

Name: _____

Nombre:

Relationship: _____

Relación:

Home Phone: _____

Teléfono del Hogar:

Work Phone: _____

Teléfono del Trabajo:

Home Phone: _____

Teléfono del Hogar:

Work Phone: _____

Teléfono del Trabajo:

Do you need information and materials given to you in any of the following formats?:

¿Necesita usted información y materiales en los siguientes formatos?

Large Print

Letras Grandes

Audio

Audio

Braille

Escritura en relieve

Others

Otros

The person who assisted you filling out this application is a: **Friend** **Relative** **Professional**

La persona que le ayudó a llenar esta aplicación es:

Amigo

Familiar

Profecional

Name: _____

Nombre:

Phone: _____

Teléfono:

Address: _____

Dirección:

City: _____

Ciudad:

State: _____

Estado:

Zip Code: _____

Código Postal:

If professional, list agency: _____

Si fue un profesional, liste la agencia:

SECTION 2: APPLICANT'S ABILITY TO USE REGULAR BUS SYSTEM

SECCIÓN 2: ABILIDAD DEL SOLICITANTE PARA USAR EL SISTEMA REGULAR DE AUTOBUSES

1. Do you currently use regular bus service at all?

¿Usa usted actualmente el servicios regular de autobuses?

Yes

Si

No

No

2. Can you get on and off a regular bus?

¿Puede usted subirse y bajarse de un autobús regular?

Yes

Si

No

No

Sometimes

En ocasiones

I don't know, I have never tried

No sé, nunca he tratado

Note: All buses are fully accessible with wheelchair lifts, many also have a kneeler which lowers the height of the steps to the curb.

Nota: Todos los autobuses están equipados para acomodar personas con sillas de ruedas y también tienen sistemas hidráulicos para los escalones en las curvas.

3. If you are able to get on and off regular buses, can you get to a seat or wheelchair position by yourself and ride the bus?

Si usted pudiese entrar y salir de los autobuses regulares, ¿podría usted sentarse o acomodar su silla de ruedas por si mismo(a)?

- Yes** **No** **Sometimes** **I don't know, I have never tried**
Si No En ocasiones No sé, nunca he tratado

4. Using a mobility aid or on your own, how far can you travel?

¿Usando algo para ayudarte a caminar o usted solo, cuán lejos usted puede viajar?

Check one:

Travel outside my house/apartment:

Viajar fuera de mi casa/apartamento:

- Can** **Cannot**
Puedo No Puedo

Travel up to 6 blocks (1/2 mile):

Viajar hasta 6 cuadras (1/2 de milla):

- Can** **Cannot**
Puedo No Puedo

Get to the curb in front of my house/apartment:

Llegar a la acera al frente de mi casa/apartamento:

- Can** **Cannot**
Puedo No Puedo

Travel up to 15 blocks (3/4 mile):

Viajar hasta 15 cuadras (3/4 de milla):

- Can** **Cannot**
Puedo No Puedo

5. How long can you wait for a regular local bus?

¿Cuánto tiempo puede usted esperar en la parada por el autobús local?

- Five (5) minutes** **Ten (10) minutes** **More than ten (10) minutes**
Cinco (5) minutos Diez (10) minutos Más de diez (10) minutos

6. What are the barriers encountered when traveling to and from bus stops? (describe: sidewalks, roadway traffic norms, traffic signals, curbs, terrain, business, etc...)

¿Cuáles son las barreras con las que usted se encuentra que le dificultan ir y regresar de la parada? (describa: las aceras, las normas de tráfico de la calle, las señales de tráfico, las curvas de las calles, el terreno, los negocios adyacentes, etc...)

7. Please read the following statements and check those which best describe your ability to use regular bus service. You may select more than one:

Favor de leer las siguientes declaraciones y marque las que mejor describan su habilidad para usar el servicio regular de autobús. Puede seleccionar más de una:

I have a temporary disability which prevents me from getting to the bus stop or using the service. I will need shared-ride van service only until I recover.

Tengo una incapacidad temporal que me impide llegar a la parada del autobús o utilizar el servicio. Necesitaría utilizar el servicio de viajes compartido en minibus hasta que me recupere solamente.

I cannot get to the bus stop.

No puedo llegar a la parada del autobús.

I have a cognitive disability which prevents me from remembering and understanding all I have to do to find my way to and from the bus stop and to ride the bus.

Tengo una incapacidad cognoscitiva la cual me impide recordar y entender todo lo que tengo que hacer para encontrar la parada y usar el autobús.

I have a visual disability which prevents me from finding my way to and from the bus stop.

Tengo una incapacidad visual la cual me impide encontrar la parada del autobús.

I have a severe medical condition. My condition results in an impairment which makes it impossible for me to use regular bus service.

Tengo una condición médica severa. Mi condición resulta en un impedimento el cual hace imposible el utilizar el servicio regular de autobús.

I have an episodic disability. I can use the bus on those days when I am feeling well, but on bad days, I can't make it to the bus stop, or even get on the bus.

Tengo una incapacidad por episodios. Puedo utilizar el autobús en ocasiones, cuando me siento bien, pero en mis días malos, no puedo llegar a la parada del autobús, ni siquiera usar el autobús.

SECTION 3: INFORMATION ABOUT YOUR DISABILITY AND MOBILITY EQUIPMENT
SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE SU INCAPACIDAD Y EQUIPO DE MOBILIDAD

1. Explain your disability: _____
Explique su incapacidad:

2. Currently how do you get to your destinations?

Actualmente, ¿cómo llega usted a sus destinos?

Car **Cab** **Bus** **Other:** _____
Carro Taxi Autobús Otro:

3. What type or types of disabilities prevent you from using regular bus services? (check all that apply)

¿Qué tipo o tipos de incapacidades le impiden usar el servicio regular de autobús? (marque todas las que apliquen)

Mobility disability **Visual impairment / blindness**
Impedimento físico Impedimento visual / ceguera

Developmental disability **Cognitive / mental illness**
Impedimento de desarrollo mental Enfermedad cognoscitiva / mental

Health-related condition **Oxygen** **Seizures**
Condición relacionada con la salud Oxígeno Ataques

Other: _____
Otros:

4. Is your disability: **Permanent** **Temporary** **I don't know** **Episodic**
Es su incapacidad: Permanente Temporal No sé Por episodios

If temporary, how many months? _____
Si es temporal, ¿cuántos meses?

5. Please indicate below if you use any of the following mobility aids or equipment:

Favor de indicar abajo si usted utiliza cualquiera de los siguientes equipos de movilidad:

Cane **Long white cane** **Crutches**
Bastón Bastón blanco largo Muletas

Walker **Manual wheelchair** **Powered wheelchair**
Andador Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica

Power scooter **Service animal (describe):** _____
Triciclo eléctrico Animal de servicio o guía (describa):

Other: _____
Otro:

Note: The paratransit vehicles can accommodate wheelchairs and other mobility devices having widths from a range of 30"-33" and 50" to 63" in length depending on the vehicle type. All types of our paratransit vehicles have a maximum weight limit of 600-800 pounds.

Nota: Los vehiculos de pueden acomodar sillas de ruedas y otros instrumentos de movilidad que tengan un ancho de 30" a 33" y de largo desde 50" hasta un maximo de 63" dependiendo del tipo de vehiculo. Todos los vehiculos de BTS tiene un limite maximo de 600-800 libras de peso.



Mail Original Application:
Envíe por Correo la Aplicación Original: **Beloit Transit System**
Paratransit Program
1225 Willowbrook Rd, Beloit, WI 53511

BTS Paratransit Program Medical Release Form (Applicant must fill-out)

Programa de Paratransito BTS Autorización de Publicar Información Médica (Solicitante tiene que completar)

Applicant's Name: _____ **Date of Birth:** _____
Nombre del Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Applicant's Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Dirección del Solicitante: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Doctor's Name: _____ **Phone:** _____ **Fax:** _____
Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Doctor's Address: _____ **City:** _____ **State:** _____ **Zip Code:** _____
Dirección del Médico: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Note: The above applicant is responsible for any charges.

Nota: El solicitante es responsable de cualquier cargo.

I hereby authorize the release of the following information or records. (Please check, you may select more than one)

Por este medio autorizo la publicación de la siguiente información o archivos. (Favor de marcar, puede seleccionar más de uno)

- Intake, psychological, psychiatric evaluations**
Admisión, psicológico, psiquiátrico
- Medical history record**
Archivo de historial médico
- Other (please specify):** _____
Otro (favor de especificar): _____
- Treatment notes and summaries**
Notas o resúmenes de tratamientos

This information may not be disclosed to any further party or agency. I understand that I have the right to inspect the information which will be released through this authorization and such inspection will be noted in writing, in the file of the person about whom the information is being released, obtained, or exchanged. I understand that this consent is subject to revocation at any time by sending written notice to the Paratransit Program.

This release expires three (3) years from the current date.

Esta información no podrá ser divulgada a ninguna otra entidad o agencia. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar la información que será publicada a través de esta autorización y tal inspección será anotada por escrito en la carpeta de la persona la cual la información está siendo publicada, obtenida o intercambiada. Entiendo que este consentimiento está sujeto a revocación en cualquier momento enviando una nota por escrito al Programa de Paratransito. Esta autorización de publicar expira tres (3) años después de la fecha actual.

(Please print name): _____ **(Applicant)** has applied for enrollment in BTS Paratransit Program. This program provides transportation for individuals with disabilities as well as travel training. The information requested is necessary to complete the application process to determine if the individual qualifies for the program. The information will be treated confidentially by the City.

(Favor de imprimir el nombre): (Solicitante) ha aplicado para ingresar en el BTS Programa de Paratransito. Este programa provee transportación a individuos con incapacidades asi como también entrenamiento de viaje. La información solicitada es necesaria para completar el proceso de aplicación para determinar si el individuo califica para el programa. La información será tratada como confidencial y se mantendrá en el City of Beloit.

Signature of Applicant: _____ **Date:** _____
Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Signature of Parent or Guardian: _____ **Date:** _____
Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

BTS Paratransit Representative: _____ **Date:** _____
Representante de Paratransito BTS: _____ Fecha: _____



APPLICANT'S CERTIFICATION
Certificación del Solicitante

In compliance with the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), the City of Beloit, Beloit Transit System (BTS) provides paratransit service to anyone with a disability, who qualifies and who cannot use the regular bus system and who is traveling within ¾ mile of a local fixed bus route. This shared-ride van service is intended only for those trips that the person cannot make on regular bus system. This application is intended to determine when and under what circumstances the applicant can use shared-ride van service. I understand that the purpose of this application is to determine if there are times when I cannot use the regular bus system provided and will need to use the shared-ride van system. I understand that all of the information concerning my disability and discussed in this application will be kept confidential and shared only with professionals that will be involved in the determination of my eligibility. I certify that, to the best of my knowledge, all of the information in this application is true and correct. I authorize any professional-organization and/or agency listed in this application and on the professional verification form to release information relating to my disability to the BTS Paratransit Program representative to perform eligibility determinations.

Siguiendo lo estipulado por el Acta de Americanos Discapacitados del 1990 (ADA), the City of Beloit, Beloit Transit System (BTS) provee servicios de paratransito a cualquier persona con una incapacidad, quienes califican y no pueden usar el sistema regular de autobuses y quienes viajan en un radio de ¾ de milla de la ruta del autobús regular. Los servicios de viajes compartidos en minibus están provisto para esos viajes que las personas no pueden hacer utilizando el servicios regular de autobuses. Esta aplicación está provista para determinar cuándo y bajo qué circunstancias el solicitante puede utilizar los servicios de viajes compartidos en minibus. Entiendo que el propósito de esta aplicación es el determinar si hay ocasiones en las que no puedo utilizar el sistema regular de autobuses y necesitaría utilizar el servicio de viajes compartido en minibus. Entiendo que toda la información concerniente a mi incapacidad y discutida en esta aplicacion se mantendrá confidencial y será compartida solamente con profecionales que estarán determinando mi elegibilidad. Certifico que, en lo mejor de mi conocimiento, toda la información es cierta y correcta. Autorizo a cualquier profesional/organización y/o agencia listada en esta aplicación y en la forma de verificación por un profesional a publicar información relacionada a mi incapacidad al representante del BTS Programa de Paratransito para hacer determinaciones de elegibilidad.

Applicant's Signature: _____
Firma del Solicitante:

Date: _____
Fecha:



PROFESSIONAL VERIFICATION FORM
Verificación Profesional

This form must be completed by Certified Health Professional:

Este formulario deberá ser completada por un profesional de la salud certificado:

Examples: Physician, Certified Nurses, Licensed Therapist etc...

For your convenience enclosed you will find a Medical Release Form which will expedite the process of your application. Please advise the healthcare provider this form must be completed promptly to help determine your eligibility for the BTS Paratransit Program. In accordance with federally mandated ADA laws, the City of Beloit, Beloit Transit System (BTS) provides paratransit (door-to-door shared-ride van) services in specially-equipped vans to persons whose disability prevents them from using a regular bus system. Only professionals who have knowledge of the applicants' functional ability or limitations to use the regular bus system should complete this form. Please assist us in determining these individuals that, by reason of their disability are truly unable to use the regular bus system. You may use the reverse side of this form for specifics.

Applicant's Name: _____ I have treated the applicant for the past: _____ **Year/s Month/s Week/s.**

To ensure a prompt determination on this application, please answer all of the following questions:

1.) What is the applicant's Diagnosis and Disability? (Please be specific):

2.) Please describe the physical and/or cognitive condition and how it functionally prevents the applicant from using the regular bus transportation? (All Buses are 100% ADA accessible) (Please be specific):

3.) Any other conditions from the applicant's disability that BTS should be aware of?

Yes No If yes, please describe: _____

4.) Is this disability temporary? Yes No If yes, how long? _____

5.) On sensory or cognitive impairments, is the applicant able to?

- Yes No **Communicate addresses, destinations and telephone numbers upon request.**
- Yes No **Ask for, understand and follow directions.**
- Yes No **Recognize a destination or landmark.**
- Yes No **Deal with unexpected situations or changes in routine.**
- Yes No **Safely and effectively travel through crowded and or complex facilities.**

Name (Print): _____ **Title:** _____ **Medical License No.:** _____

Office Address: _____

Phone: _____

Signature: _____

Date: _____

Medical Stamp Below: (Optional)