



# JANESVILLE TRANSIT SYSTEM PARATRANSIT APPLICATION

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784 Phone (608)755-3150 Fax (608)755-3161

Paratransit Service is offered in accordance with the Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990. Paratransit Service is an extension of the Janesville Transit System’s fixed route bus system. Persons with physical, cognitive, or sensory disabilities may be paratransit eligible for the times they are functionally prevented from utilizing the JTS fixed route (city bus).

Paratransit Service eligibility is in no way determined by, related to, or comparable to Medicare/ Medicaid/T-19/etc., it is not specific specialized medical transport. Disability, age, Social Security status, or disability status alone does not determine one’s eligibility for Paratransit Service. The decision is based solely on the applicant’s functional abilities, using specific ADA criteria.

Note: After this application is completed, please return to:

**Janesville Transit System**  
**ATT: Paratransit Coordinator**  
**101 Black Bridge Road**  
**Janesville WI 53545-0784**

**Application Date:** \_\_\_\_\_

**Last Name:** \_\_\_\_\_ **First Name:** \_\_\_\_\_ **M.I.** \_\_\_\_\_

**Current Address:** \_\_\_\_\_

**Residence facility (name, contact name, phone number and email):** \_\_\_\_\_

**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **ZIP Code:** \_\_\_\_\_

**Telephone number:** \_\_\_\_\_ (home) \_\_\_\_\_ (cell)

1. What is your disability or medical condition that prevents you from using a city bus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Explain how your disability prevents you from independently using the city bus. Please be specific.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Is the condition you describe temporary?  Yes  No



## JANESVILLE TRANSIT SYSTEM PARATRANSIT APPLICATION

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784 Phone (608)755-3150 Fax (608)755-3161

If "Yes", the expected duration is until: \_\_\_\_\_

4. Is your condition affected by weather, temperature, and/or environmental conditions?

Yes  No

If "Yes", please explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Did you know that all city buses are wheelchair accessible? All JTS buses have wheelchair ramps and kneelers (lowers bus near curb level) for ease in boarding. Bus drivers also announce key locations.***

5. Are there any other effects of your disability or health condition of which we should be aware? \_\_\_\_\_

6. Do you use any of the following mobility or communication aids?

Cane  Walker  White Cane  Manual Wheelchair\*  
 Crutches  Braces  Prosthesis  Oversized Wheelchair\*  
 Service Animal  Hearing Aid  Communication Board  
 Power Wheelchair/Scooter\*  Other \_\_\_\_\_

How often do you use these aids?

Always  Occasionally  Indoors  Outdoors

\*Please note: If you use a wheelchair or scooter, you may not be able to be accommodated if your wheelchair/scooter exceeds the following measurements: wider than 30" (measured two inches above ground level), longer than 48" (measured from front of foot rest to back of rear wheel, two inches above ground level), combined weight **when occupied** is more than 600 pounds. **\*\*Please check the owner's manual of your mobility device to see if it is approved for use in a moving vehicle.\*\***

Do you currently or have you ever used the Janesville Transit System (city bus)?

Yes (currently)  Yes (in the past)  No

7. Do you require the assistance of a PCA (Personal Care Attendant) to travel on the Paratransit vehicles?

Yes  No  At times



# JANESVILLE TRANSIT SYSTEM PARATRANSIT APPLICATION

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784 Phone (608)755-3150 Fax (608)755-3161

If yes, or at times, please explain: \_\_\_\_\_

8. How do you currently travel? (Please check all that apply)

- Drive     Walk     Bus (JTS)     Rely on family/friends
- Taxi     Medicaid (Title 19 Service)     Other \_\_\_\_\_

### Emergency Contact Information

Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone #: \_\_\_\_\_ Alternate Phone #: \_\_\_\_\_

**\*\*Optional Section: Long Term Care Information\*\***

- I am not enrolled in long-term care
- I am currently enrolled in the following Wisconsin Department of Health Services long-term care program

**Family Care and I work with:**

- Care Wisconsin                       iCare Independent Health Care Plan
- My Choice Family Care               Inclusa

**Include, Respect, I Self-Direct (IRIS) and I work with (Check all that apply):**

- Connections     TMG     iLife     VEYO     Outreach Health
- First Person Care Consultants
- Progressive Community Services     GT Independence
- Premier Financial Management Services     Other \_\_\_\_\_

Contact information for long-term care program case manager, representative, or consultant.

Name:

Phone:

Email:



**JANESVILLE TRANSIT SYSTEM PARATRANSIT APPLICATION**

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784 Phone (608)755-3150 Fax (608)755-3161

I certify that, to the best of my knowledge, all of the information in this application is true and correct. I authorize any organization and/or agency listed in this application to release information relating to my disability to the JTS paratransit program representative to perform eligibility determinations. I understand that falsification of information may result in denial of service and may lead to criminal prosecution according to appropriate federal and state law. I understand that the purpose of this application form is to determine my eligibility to use Janesville Paratransit Service. I agree to release the information requested to Janesville Transit and any eligibility review panel, and understand that the information contained herein will be treated confidentially. I understand further, Janesville transit reserves the right to request additional information at its discretion.

\_\_\_\_\_  
Applicant Printed Name                      Signature (Applicant or Representative)                      Date

As the Applicant, did you prepare this application on your own behalf?  Yes  No

If no, please provide:

\_\_\_\_\_  
Printed Name of Application Preparer

\_\_\_\_\_  
If representing an Agency, list Agency name                      Phone number & email

As the Applicant, did you sign this application on your own behalf?  Yes  No

If no, please provide:

- Parent (if applicant is a minor)                       Power of Attorney                       Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Printed Application Signatory

\_\_\_\_\_  
If representing an Agency, list Agency name                      Phone number & email



## JANESVILLE TRANSIT SYSTEM PARATRANSIT APPLICATION

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784 Phone (608)755-3150 Fax (608)755-3161

### REQUEST FOR PROFESSIONAL VERIFICATION

All information requested below *must* be completed by a licensed professional.

The individual who has asked you to complete the form below is applying to Janesville Transit System (JTS) to be considered eligible for Americans with Disabilities Act (ADA) paratransit service. ADA paratransit service is intended ONLY for those trips that the person cannot take on the regular public bus system due to his/her disability.

Eligibility is strictly limited to individuals with disabilities that meet regulatory criteria defined in the ADA. The information requested in this application will allow the paratransit committee to make an appropriate determination of the applicant's eligibility for this service. It is important to fully complete this form to avoid delay in the evaluation process. Thank you for your cooperation in this matter.

The information obtained will be treated confidentially and only be used to determine eligibility.

1. Applicant's name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_
2. Are you currently treating the applicant?  Yes  No  
If yes, how long have you been treating the applicant? \_\_\_\_\_
3. What is the applicant's disability that prevents him/her from using the regular fixed-route bus system?  
**(Please note that all buses are wheelchair accessible.)**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Appliances or aids used by the applicant for ambulating: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. How many steps can applicant climb? \_\_\_\_\_
6. Greatest distance applicant can safely walk: \_\_\_\_\_
7. Does the applicant require the assistance of a PCA (Personal Care Attendant) to travel on the Paratransit vehicles?  
 Yes  No
8. Does the applicant's needs change during winter months?  Yes  No
9. Is the disability temporary?  Yes  No  
If 'Yes', the expected duration is until: \_\_\_\_\_



# JANESVILLE TRANSIT SYSTEM PARATRANSIT APPLICATION

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784 Phone (608)755-3150 Fax (608)755-3161

10. Are there any other effects of the applicant's disability or health condition of which we should be aware?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Would you consider the applicant's condition under control and/or stable?  Yes  No

If no, please explain: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Please complete the following required information:**

Printed Health Care Provider's Name: \_\_\_\_\_

State License # (Required): \_\_\_\_\_ Office Telephone : \_\_\_\_\_

Facility: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ ZIP Code: \_\_\_\_\_

By signing this form, I verify that the information provided is true and correct.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

***For Office Use Only***

Approved: \_\_\_\_\_ Rejected:: \_\_\_\_\_ Staff Initials: \_\_\_\_\_



**APLICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SISTEMA DE TRÁNSITO DE JANESVILLE**

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784

Teléfono (608)755-3150 Fax (608)755-3161

El servicio de paratransito se ofrece de acuerdo con la Ley para Personas con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990. El Servicio de Paratransito es una extensión de la ruta fija de autobuses del Sistema Tránsito de Janesville. Las personas con discapacidades físicas, cognitivas o sensoriales pueden ser elegibles para el paratransito en los momentos en que funcionalmente se les impide utilizar la ruta fija de JTS (autobús urbano).

La elegibilidad para el servicio de paratransito no está determinada de ninguna manera por, relacionada con o comparable a Medicare / Medicaid / T-19 / etc., no es un transporte médico especializado específico. La discapacidad, la edad, el estado del Seguro Social o el estado de discapacidad por sí solos no determinan la elegibilidad para el Servicio de Paratransito. La decisión se basa únicamente en las habilidades funcionales del solicitante, utilizando criterios específicos de la ADA.

Nota: Después de completar esta solicitud, por favor regrésela a:

**JANESVILLE TRANSIT SYSTEM  
ATT: PARATRANSIT COORDINATOR  
101 BLACK BRIDGE ROAD  
JANESVILLE WI 53545-0784**

**FECHA DE APLICACIÓN:** \_\_\_\_\_

**APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN ACTUAL:** \_\_\_\_\_

**INSTALACIONES DE RESIDENCIA (SI APLICA)** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO TELEFÓNICO:** \_\_\_\_\_ (DE LA CASA) \_\_\_\_\_ (TELÉFONO MÓVIL)

1. ¿Cuál es su discapacidad o condición médica que no le permite usar un autobús urbano? \_\_\_\_\_

2. Explique cómo su discapacidad le impide utilizar el autobús urbano de forma independiente. Por favor sea específico. \_\_\_\_\_

3. ¿Es temporal la condición que describe Usted?  Sí  No



APLICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SISTEMA DE TRÁNSITO DE JANESVILLE

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784

Teléfono (608)755-3150 Fax (608)755-3161

---

Si la respuesta es "Sí", la duración esperada es hasta: \_\_\_\_\_

4. ¿Es afectada su condición por el clima, la temperatura y / o las condiciones ambientales?

Sí       No

Si la respuesta es "Sí", explique: \_\_\_\_\_

---

*¿Sabía que todos los autobuses urbanos son accesibles para sillas de ruedas? Todos los autobuses de JTS tienen rampas para sillas de ruedas y dispositivos de rodilla (el autobús baja cerca del nivel de la acera) para facilitar el abordaje. Los conductores de autobuses también anuncian ubicaciones claves.*

5. ¿Hay otros efectos de su discapacidad o condición de salud que debemos conocer? \_\_\_\_\_

---

6. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad o la comunicación?

Bastón     Andadera     Baston Blanco     Silla de Ruedas Manual\*  
 Muletas     Collarín     Prótesis     Silla de Ruedas Enorma\*  
 Animal de servicio     Audífono     Tablero de comunicación  
 Silla de Ruedas Eléctrica / Escúter\*     Otra \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia usa estas ayudas?

Siempre     De vez en cuando     Dentro     Fuera

\* Tenga en cuenta: si usa una silla de ruedas o un escúter, es posible que no pueda ser acomodado si su silla de ruedas / escúter excede las siguientes medidas: más ancho de 30" (medido dos pulgadas sobre el nivel del suelo), más largo de 48" (medido desde la parte delantera del reposapiés hasta la parte trasera de la rueda trasera, dos pulgadas sobre el nivel del suelo), el peso combinado **cuando está ocupado** es de más de 600 libras. **\*\* Consulte el manual del propietario de su dispositivo de movilidad para ver si está aprobado para su uso en un vehículo en movimiento. \*\***

¿Utiliza actualmente o ha utilizado alguna vez el Sistema de Tránsito de Janesville (autobús urbano)?

Sí (acualmente)     Sí (en el pasado)     No





**APLICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SISTEMA DE TRÁNSITO DE JANESVILLE**

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784

Teléfono (608)755-3150 Fax (608)755-3161

7. ¿Requiere la asistencia de un PCA (asistente de atención personal) para viajar en los vehículos de paratransito?

- Sí
- No
- A veces

¿Consideraría la condición del solicitante bajo control y / o estable?: \_\_\_\_\_

8. ¿Cómo viaja actualmente? (Por favor marque todos los que apliquen)

- Manejar
- Caminar
- Autobús (JTS)
- Contar con la familia / amigos
- Taxi
- Medicaid (Servicio Título 19)
- Otro \_\_\_\_\_

**Información de Contacto en caso de Emergencia**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **RELACIÓN:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL DOMICILIO:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO TELEFÓNICO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO:** \_\_\_\_\_

**\*\* Sección opcional: Información sobre Cuidados a Largo Plazo \*\***

- No estoy inscrito en cuidados a largo plazo
- Actualmente estoy inscrito en el siguiente programa de atención a largo plazo del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin

**Cuidado familiar e yo trabajamos con:**

- Care Wisconsin
- iCare Independent Health Care Plan
- My Choice Family Care
- Inclusa

**Include, Respect, I Self-Direct (IRIS) e yo trabajo con (Marque todas las que correspondan):**

- Connections
- TMG
- iLife
- VEYO
- Outreach Health Services
- First Person Care Consultants
- Progressive Community Services
- GT Independence
- Premier Financial Management Services
- Other \_\_\_\_\_

Información de contacto del administrador de casos, representante o consultor del programa de atención a largo plazo.

Nombre:

Número Telefónico:

Correo Electrónico:



APLICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SISTEMA DE TRÁNSITO DE JANESVILLE

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784

Teléfono (608)755-3150 Fax (608)755-3161

---

Certifico que, por lo que yo sé, toda la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Autorizo a cualquier organización y / o agencia enumerada en esta solicitud a hacer público información relacionada con mi discapacidad al representante del programa de paratrásito de JTS para realizar determinaciones de elegibilidad. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la denegación del servicio y puede llevar a un proceso penal de acuerdo con las leyes federales y estatales correspondientes. Entiendo que el propósito de este formulario de solicitud es determinar mi elegibilidad para usar el Servicio de Paratrásito de Janesville. Acepto hacer público la información solicitada al tránsito de Janesville y cualquier panel de revisión de elegibilidad, y entiendo que la información contenida en este documento se tratará de manera confidencial. Entiendo además que Janesville Transit se reserva el derecho de solicitar información adicional a su discreción.

\_\_\_\_\_  
Nombre Escrita del Solicitante          Firma (Solicitante o Representante)          Fecha

Como solicitante, ¿preparó esta solicitud en su propio nombre?  Sí  No  
Si no, por favor proporcione:

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito del preparador de la solicitud

\_\_\_\_\_  
Si representa a una agencia, indique el nombre de la agencia

\_\_\_\_\_  
Número telefónico o correo electrónico

Como solicitante, ¿firmó esta solicitud en su propio nombre?  Sí  No  
Si no, por favor proporcione:

- Padre / Madre (si la solicitante es menor de edad)  Poder legal
- Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Firmante escrito de la solicitud

\_\_\_\_\_  
Si representa a una agencia, indique el nombre de la agencia

\_\_\_\_\_  
Número telefónico/correo electrónico



## APLICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SISTEMA DE TRÁNSITO DE JANESVILLE

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784

Teléfono (608)755-3150 Fax (608)755-3161

---

### SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

**Toda la información solicitada a continuación *debe* ser completada por un profesional autorizado.**

La persona que le ha pedido que complete el formulario a continuación está solicitando al Sistema de Tránsito de Janesville (JTS) ser considerada elegible para el servicio de paratransito de la Ley para Personas con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés). El servicio de paratransito de ADA está deseado ÚNICAMENTE para aquellos viajes que la persona no puede realizar en el sistema de autobús público regular debido a su discapacidad.

La elegibilidad está estrictamente limitada a las personas con discapacidades que cumplen con los criterios regulatorios definidos en la ADA. La información solicitada en esta solicitud permitirá que el comité de paratransito haga una determinación apropiada de la elegibilidad del solicitante para este servicio. Es importante completar este formulario en su totalidad para evitar retrasos en el proceso de evaluación. Gracias por su cooperación en este asunto. La información obtenida se tratará de forma confidencial y solo se utilizará para determinar la elegibilidad.

1. Nombre de solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
  2. ¿Está tratando actualmente al solicitante?  Sí  No  
Si es así, ¿cuánto tiempo ha estado tratando al solicitante? \_\_\_\_\_
  3. ¿Cuál es la discapacidad del solicitante que le impide utilizar el sistema regular de autobuses de ruta fija? **(Tenga en cuenta que todos los autobuses son accesibles para sillas de ruedas).**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  4. Aparatos o ayudas utilizados por el solicitante para deambular: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  5. ¿Cuántos escalones puede subirse el solicitante? \_\_\_\_\_
  6. La mayor distancia que el solicitante puede caminar con seguridad: \_\_\_\_\_
  7. ¿Requiere el solicitante la asistencia de un PCA (asistente de cuidado personal) para viajar en los vehículos de paratransito?  Sí  No
  8. ¿Cambian las necesidades del solicitante durante los meses del invierno?  Sí  No
  9. ¿Es temporal la discapacidad?  Sí  No
- Si la respuesta es "Sí", la duración esperada es hasta: \_\_\_\_\_



**APLICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SISTEMA DE TRÁNSITO DE JANESVILLE**

101 Black Bridge Road Janesville WI, 53545-0784

Teléfono (608)755-3150 Fax (608)755-3161

---

10. ¿Hay otros efectos de la discapacidad o condición de salud del solicitante que debemos conocer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Consideraría la condición del solicitante bajo control y / o estabilizada?  Sí  No

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por favor complete la siguiente información requerida:**

Nombre escrito del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

# de licencia estatal (Requerido): \_\_\_\_\_

número telefónico de oficina : \_\_\_\_\_

Instalaciones: \_\_\_\_\_

dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, verifico que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***For Office Use Only***

Approved: \_\_\_\_\_ Rejected:: \_\_\_\_\_ Staff Initials: \_\_\_\_\_