



ADA Eligibility Re-Certification Application

Estimado solicitante,

Gracias por ponerse en contacto con nosotros para renovar su certificación de ADA.

Por favor, complete las siguientes dos formas adjuntas, incluyendo:

- 1) Formulario de actualización de discapacidad y verificación del solicitante
- 2) Forma de Autorización para Recibir Información Medica**

Favor de devolver a:

Comisión de Transporte del Condado de Ventura
ATTN: Programa de Certificación de ADA
4036 Adolfo Road
Camarillo, CA 93012

** Es importante de indicar el nombre del médico quien conoce su discapacidad mejor en su formulario de autorización para recibir información médica. Nuestra agencia se pondrá en contacto con el proveedor que este indicado en el formulario para una evaluación escrita sobre su discapacidad. Este paso en el proceso de certificación es obligatorio para los solicitantes nuevos y los solicitantes de re-certificación, pero también puede causar retraso para determinar su elegibilidad si no recibimos en forma oportuna.

Le sugerimos ponerse en contacto con el médico para hacer le consciente de la sensibilidad y importancia de completar la evaluación lo mas pronto posible. Esto puede ayudar a acelerar su proceso de elegibilidad de ADA.

Tenga en cuenta: proceso de elegibilidad de ADA puede tardar hasta 21 días comenzando el día que recibamos su formulario de evaluación médica de su médico.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta forma de re-certificación o proceso de determinación de ADA, por favor llame a (888) 667-7001.

Atentamente,

Comisión de Transporte del Condado de Ventura
C/O Mobility Management Partners (MMP)
Servicios de Certificación ADA

Ventura County Transportation Commission
4036 Adolfo Road, Camarillo CA 93012
Fax: 888-667-7002 / Phone: 888-667-7001



ADA Eligibility Re-Certification Application

Verificación del Solicitante

ID # _____ Fecha de vencimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____

Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Parentesco al solicitante: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre de Conservador: _____ Numero de teléfono: _____

Actualizaciones para Elegibilidad de ADA

Favor de escoger selección adecuada

Renovar sin ningún cambio en discapacidad

Renovar con cambios en discapacidad

Cambios/actualizaciones, por favor describa a continuación:

Cambios/Actualizaciones Generales (ej. cambio de domicilio, cambio de número de teléfono, etc.):

Cambios/Actualizaciones Médicos (ej. cambios de aparato de movilidad o cambio en discapacidad)

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Certifico que la información dada en esta solicitud es completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que se me puede requerir que asista en-persona a una entrevista y evaluación antes de hacer la determinación de mi elegibilidad. Entiendo que si se determina que no soy elegible para el servicio paratransito ADA, puedo apelar la determinación dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que reciba la determinación, por escrito, y que seré asesorado acerca del procedimiento para dicha apelación.

Adicionalmente autorizo a la persona que firma abajo para dar información a la Comisión de Transporte del Condado de Ventura, acerca de mi incapacidad, para verificar mi elegibilidad para servicio de paratransito ADA. La información proporcionada se usará solamente para determinar mi elegibilidad para servicios de paratransito ADA.

Nombre del Doctor _____

Dirección del Doctor _____

Ciudad, Estado, Zona Postal Del Doctor _____

Teléfono del Doctor _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma de conservador/guardián legal* _____ Fecha _____

(XXX) XXX-XXXX

Nombre del conservado/guardián legal* _____ Numero del telefono # _____

Un conservador es una persona legalmente autorizada para firmar los documentos médicos por parte del solicitante y para recibir información sobre aplicación de ADA. El solicitante no tendrá que designar un conservador. Si un conservador no es notado en la aplicación, nadie además del solicitante podrá obtener información sobre el estado de su aplicación.

Un contacto de emergencia es requerida para cada aplicación ADA. El contacto de emergencia y conservador puede ser la misma persona(s), en cuyo caso por favor de escribir el nombre de la persona y la información de contacto en ambas secciones (conservador y contacto de emergencia).

Por favor mande la solicitud debidamente llenada a:

Ventura County Transportation Commission
ATTN: ADA Certification Coordinator
4036 Adolfo Road
Camarillo, CA 93012

o la puede mandar por fax al 1-888-667-7002

Si tiene preguntas referentes a esta solicitud, llame al 1-888-667-7001