



Formulario de verificación de elegibilidad para visitantes de VoAccess

Servicio de Paratransito complementario según la ADA — Elegibilidad para visitantes (49 CFR §37.127)

FECHA: _____

A: _____

Este aviso verifica que la persona indicada a continuación ha sido declarada elegible para paratransito bajo la ADA por su agencia de transporte de origen y, por tanto, es elegible para el estatus de visitante con VoAccess, el servicio complementario de paratransito ADA operado por VoTran.

Según la normativa ADA (49 CFR §37.127), todos los visitantes elegibles para la ADA deben recibir hasta 21 días de servicio de paratransito complementario dentro de cualquier periodo de 365 días.

Información para visitantes

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ **Fecha de elegibilidad:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Género:** _____

Ayudas a la movilidad / necesidades de apoyo

(Por favor, revisa todo lo que corresponde)

- Silla de ruedas Eléctrica Silla de ruedas Manual Andador Bastón
 Elevador Autobus Oxígeno Asistente de Cuidado Personal (ACP=PCA)
 Animal de Asistencia Discapacidad Auditiva Discapacidad visual Discapacidad cognitiva

Condiciones especiales (si procede)

Por favor, enumera cualquier limitación funcional, restricción ambiental o condición relacionada con ADA que pueda afectar al viaje:

Destino de viaje local (si procede)

Hotel / Empresa: _____

Dirección local: _____

Verificación y contacto

Si se necesita información adicional para validar la elegibilidad bajo la ADA o coordinar el transporte de visitantes, por favor contacte con:

Oficina de elegibilidad VoTran / VoAccess Teléfono: (386) 7567496, ext. 4119 Correo electrónico:

Firma autorizada: _____

Título / Agencia: _____

Fecha: _____

950 Big Tree Road, South Daytona, FL 32119

Tel: 386-761-7700 • FAX: 386-756-7487

www.votran.org