



Elegibilidad e información para el servicio de autobús

¿Quién es elegible? Residentes con discapacidad mayores de 18 años y personas mayores de 55 años.

Las personas discapacitadas se definen de la siguiente manera:

- Discapacitado/a del desarrollo
- Certificado ADA

Las personas de 55 años o más no necesitan la aprobación previa de sus médicos para utilizar este servicio.

Los solicitantes deben proporcionar lo siguiente para su aprobación:

- Prueba de residencia como factura actual de gas, electricidad o identificación estatal.
- Comprobante de edad, por favor incluya una copia de su identificación con la solicitud.
- Prueba de discapacidad; pídale a su médico que complete el formulario de Autorización del médico.

Si tiene preguntas y/o ayuda con esta solicitud, llame al 224-265-6115.

Devuelva la solicitud completa a:

Elk Grove Township
600 Landmeier Road
Elk Grove Village, IL 60



Elk Grove Township
600 Landmeier Rd
Elk Grove Village, Illinois 60007
Phone: 224-265-6115
Fax: 847-437-0434

Solicitud de servicio de autobús del municipio de Elk Grove

Nombre del solicitante del pasajero del autobús _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____

código postal _____

Teléfono de casa _____ celular _____

Marque ayuda que utilice para caminar

1er contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Silla de ruedas

Silla de ruedas

Bastón

Bastón

2do contacto de emergencia _____ Relación _____ Teléfono _____

Información de contacto del cuidador, si corresponde:

Nombre _____ Teléfono móvil _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Uso exclusivo de oficina

Proof of Residency Provided - Form of Proof: _____

Application

Approved Denied Reason Denied _____

Authorized Signature _____ Date _____



Physician's Authorization

I hereby certify that the condition of the person with disabilities listed herewith constitutes him/her as a person with disabilities as described below:

- 1. Developmentally disabled
- 2. ADA Certified (Please note that the person with a physical disability are described under 625 ILCS 5/1-159.1)*
- 3. Marked or extreme mental illness

Please fill in the name of the person with the disability and state the disability.

Name of Person with Disability: _____

Disability: _____

Physician's Signature

Date

Physician's License Number

Please Print or type below:

Physician's Name _____

Address _____ Telephone _____

City _____ State _____ Zip _____

*Definition of "Persons with Disabilities" (625ILCS 5/1-159.1)

"A natural person who as determined by a licensed physician: (1) cannot walk without a use of or assistance from, a brace, cane, crutch, another person, prosthetic device, wheelchair, or other assistive device; (2) is restricted by lung disease to such an extent that his or her forced(respiratory) expiratory volume for one second, when measured by spirometry, is less than one liter, or that arterial oxygen tension is less than 60mm/hg on room air rest; (3) uses portable oxygen; (4) has a cardiac condition to the extent that the person's functional limitations are classified in severity as Class III or Class IV according to the standards set by the American Heart Association; or (5) is severely limited in the person's ability to walk due to arthritic, neurological or orthopedic condition; (6) cannot walk 200 feet without stopping to rest because of one of the above conditions."