

# Solicitud de servicio de Paratrásito ADA

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

**Este paquete incluye información y formas que usted necesita para solicitar la elegibilidad al servicio de paratrásito en el Área de la Bahía de San Francisco. Como parte de los requisitos de la Ley de Norteamericanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), el servicio de paratrásito es proporcionado por todos los sistemas de transporte público. Este tipo especial de servicio de transporte público es exclusivo para aquellas personas que, siempre u ocasionalmente, son incapaces de utilizar de manera independiente el transporte público regular, debido a una discapacidad o condición relacionada con la salud.**

Para poder usar el servicio de paratrásito ADA, usted debe estar certificado(a) como elegible. La elegibilidad es determinada en función de cada caso específico. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad está estrictamente destinada a aquellos que tengan limitaciones específicas que les impiden utilizar el transporte público accesible.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad total (incondicional) o de manera limitada, solamente para ciertos viajes (elegibilidad condicional). Si se descubre que usted es capaz de utilizar el autobús y transporte ferroviario regular en todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, usted no será elegible para el servicio de paratrásito.

**Para ser elegible usted debe llenar por completo la solicitud adjunta.** Revisaremos su capacidad para utilizar el transporte público accesible. Después de estudiar su solicitud, tal vez necesitemos mas información. Quizá necesitemos:

- Contactarle por teléfono
- Concertar una entrevista personal o una evaluación funcional, o bien
- Consultar con su médico, profesional de la salud, o otro especialista acerca de su condición y capacidades.

**Para:**

- Braille,
- Letra grande,
- Audiocasete,
- Disquete/ CD-Rom

Llame al [707-765-8493]

**Se recomienda a los solicitantes y a aquellas personas que les estén ayudando, que lean el folleto llamado “Transporte Accesible en el Área de la Bahía de San Francisco” antes de llenar la forma adjunta.** Si usted necesita un folleto llame a su agencia de tránsito. Éste proporciona más detalles acerca del paratrásito ADA y los criterios de elegibilidad.

Su solicitud será procesada en el transcurso de 21 días después de que haya sido recibida. La solicitud debe ser llenada correctamente y usted deberá estar disponible para una evaluación

de segundo nivel si así se requiere. Una evaluación de segundo nivel podría incluir una entrevista telefónica con usted, una verificación médica, o una entrevista en persona. La entrevista en persona puede incluir una prueba funcional para determinar su capacidad para viajar en transporte público, tal como ser capaz de caminar hasta una parada de autobús, leer los señalamientos etcétera.

Se le notificará por correo la determinación de su elegibilidad. Si usted recibe la certificación de elegibilidad, tendrá la posibilidad de viajar a lo largo del Área de la Bahía, misma que consta de nueve condados. Si usted no está de acuerdo con la determinación de su elegibilidad, usted tiene derecho de apelar. La información sobre cómo apelar estará incluida en su notificación de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad demora más de 21 días, a usted se le puede proporcionar una elegibilidad que le permita utilizar el sistema paratransito hasta que se llegue a una decisión final acerca de su elegibilidad. Esto no aplica si, debido a omisiones de su parte, somos incapaces de procesar por completo su solicitud.

## **INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES**

1. Por favor **ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE respuestas completas** a todas las preguntas en la solicitud. Sus respuestas detalladas y explicaciones nos ayudarán a tomar una determinación apropiada. Asegúrese de responder a **TODAS las preguntas o su solicitud será considerada como incompleta**. Las solicitudes incompletas serán devueltas.
2. No se requiere que adjunte páginas o información adicional. Sin embargo, usted quizá desee enviar otros documentos que usted piensa que nos ayudará a entender sus limitaciones. **Toda la información que usted proporcione será manejada de forma estrictamente confidencial.**
3. **Usted debe proporcionar FIRMAS en dos espacios para completar la solicitud:**
  - Certificación del solicitante (Página 9)
  - Autorización para revelar información para un profesional médico o de rehabilitación apropiado (Página 10)

4. Devuelva la solicitud completa a:

**Petaluma Transit: Attn ADA Eligibility  
555 N.McDOWELL BLVD.  
PETALUMA, CA 94954**

**Or email to: transit@ci.petaluma.ca.us**

**O por FAX al: 707.776.3678**

**O por correo electrónico a: transit@ci.petaluma.ca.us**

**Para obtener ayuda con el proceso de solicitud o para verificar el estado de su solicitud llame al [707-765-8493].**

**Gracias –**

# Información personal / de contacto

*Por favor use letra de molde*

**Nombre** (*primer, segundo, apellido*)

\_\_\_\_\_  
**Dirección de casa:** \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**Dirección de correo** (*si es distinto al de casa*)

\_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**Teléfono de día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **TDD/TTY:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Teléfono por la noche:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Teléfono celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  **Feminino**  **Masculino**

**Idioma Principal** (*por favor marque*):  Español  Inglés  Otro \_\_\_\_\_

**Si más adelante necesita que se le proporcione a usted alguna información en un formato accesible, por favor seleccione qué formato prefiere.**

Disquete/CD-Rom  Audiocasete  Braille  Letra grande

Otro \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Relación con usted:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Teléfono por la noche:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Cuéntenos acerca de su discapacidad / condición relacionada con la salud

Por favor responda detalladamente a las siguientes preguntas - sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Cuál **discapacidad o condiciones relacionadas** con la salud le **IMPIDEN** utilizar de manera independiente el transporte público regular (por ejemplo, BART, autobús, tranvía)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Explique brevemente **DE QUÉ MANERA** le impide su condición utilizar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue la primera experiencia de las condiciones que describió arriba?  
 Hace 0 - 1 año     Hace 1 - 5 años     Hace más de 5 años
4. Las condiciones que usted describió, ¿cambian día a día de una manera que afecten su capacidad para utilizar el transporte público?  
 Sí, algunos días está bien, otros días está mal.     No sé.  
 No, no cambia.
5. Las condiciones que usted describió son:  
 Permanentes     Temporales     No sé  
*Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?*  
\_\_\_\_\_

## Cuéntenos acerca de sus capacidades y actividades normales

6. ¿Usted utiliza con regularidad cualquiera de las ayudas de movilidad o equipo especializado que se mencionan a continuación? (*Seleccione todas las que apliquen*):
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón                                | <input type="checkbox"/> Bastón para ciegos         | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica    |
| <input type="checkbox"/> Muletas                               | <input type="checkbox"/> Animal de servicio         | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual       |
| <input type="checkbox"/> Anador                                | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico          | <input type="checkbox"/> Dispositivos de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno portátil |   |
| <input type="checkbox"/> Otro dispositivo de ayuda _____       |   |   |
7. Por favor marque la casilla que mejor describa su situación de vivienda actual.
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de 24 horas o centro de enfermería especializada  |
| <input type="checkbox"/> Plantel de vivienda asistida  |
| <input type="checkbox"/> Recibo asistencia de alguien que viene a mi casa para ayudarme con las actividades de vida diaria |
| <input type="checkbox"/> Vivo con miembros de la familia u otros que me ayudan   |
| <input type="checkbox"/> Vivo de manera independiente (sin asistencia de otra persona)                                     |
8. ¿Cuántas cuerdas puede desplazarse con su dispositivo de movilidad usual y sin la ayuda de otra persona?
- \_\_\_\_\_
9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones le describiría mejor si tuviese que esperar el transporte en el exterior? (*Marque solamente una*):
- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Podría esperar solo(a) de diez a quince minutos  |
| <input type="checkbox"/> Podría esperar solo(a) de diez a quince minutos, solamente si tuviera un asiento y techo |
| <input type="checkbox"/> Necesitaría que alguien esperara conmigo porque _____                                    |
10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones le describe mejor a usted? (*Marque solamente una respuesta*):
- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca he utilizado el transporte público regular   |
| <input type="checkbox"/> Sí, he utilizado el transporte público regular, pero no desde el inicio de mi discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Sí utilizo el transporte público regular siempre que mi condición de salud lo permite      |

## Cuéntanos acerca de sus necesidades de viaje

11. Actualmente, ¿cómo viaja usted a sus destinos frecuentes?

*(Seleccione todas las que apliquen):*

- Autobuses    Paratransito    Conduzco    BART  
 Taxi    Ferry    Tranvía    Alguien me lleva en coche  
 Other \_\_\_\_\_

12. ¿Viaja usted con la ayuda de otra persona? (Sin tomar en cuenta que le proporcionen transporte)

- Siempre    Algunas veces    Nunca

12a. Si lo hacen “siempre” o “algunas veces”, ¿que tipo de ayuda le proporcionen?

---

---

---

13. ¿Usted es capaz de moverse hacia y desde la parada de transporte público más cercana a su hogar?

- Sí    No    Algunas veces

*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

---

14. ¿Sería usted capaz de asir barandales o pasamanos, monedas o boletos al abordar o bajar de un vehículo de tránsito?

- Sí    No    Algunas veces    No sé, nunca lo he intentado

*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

---

15. ¿Sería capaz de mantener el equilibrio y tolerar el movimiento de un vehículo de transporte público mientras está sentado(a)?  
 Sí  No  Algunas veces  No sé, nunca lo he intentado  
*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

16. ¿Sería usted capaz de abordar o bajar de un autobús de transporte público si tuviera ya sea una elevador, una rampa, o un *kneeler* (un dispositivo que baja la parte delantera del autobús)?  
 Sí  No  Algunas veces  No sé, nunca lo he intentado  
*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

---

17. Por favor agregue cualquier otra información que a usted le gustaría que supiéramos acerca de sus capacidades.

---

---

---

---

---

---

---

**Ha contestado todas las preguntas y proporcionado explicaciones donde se requiere?**

**LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.**

## Certificación del solicitante

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar la información intencionalmente dará como resultado la negación del servicio. Entiendo que toda la información será manejada de forma confidencial, y que solamente la información requerida para proporcionar los servicios que solicito les será revelada a aquellos que realizan los servicios.

**Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar el transporte público, con el fin de auxiliar en la determinación de la elegibilidad.**

**Firme aquí:**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**¿Le ayudó alguien a llenar esta forma?**     Sí     No

Si es "sí", nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Por favor tome en cuenta: Es su responsabilidad notificarnos si su discapacidad mejora lo suficiente para cambiar el estado su elegibilidad. Si su condición mejora después de que haya recibido la determinación de elegibilidad, o descubrimos que entregó información falsa, su elegibilidad le será suspendida o se le puede pedir que la solicite de nuevo.

# Autorización para revelar información médica

(Para ser completado por el solicitante)

Por medio de la presente, **autorizo** al siguiente profesional con licencia (doctor(a), terapeuta, trabajador(a) social, etc.) quien puede verificar mi discapacidad o condición relacionada con la salud, a revelar esta información a mi agencia local de transporte público. Esta información será utilizada solamente para verificar mi elegibilidad para servicios de paratransito. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización, y que puedo revocarla en cualquier momento.

**Nombre del profesional que puede revelar mi información médica:**

\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

Historial médico o número de identificación, si se conoce:

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**Firme aquí:**

Firma del solicitante:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_