

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA



Información importante para los solicitantes

Gracias por preguntar sobre la elegibilidad para el Servicio de Paratrásito de ADA. El Servicio de Paratrásito está reservado para las personas que viven con una incapacidad y que no pueden utilizar de forma independiente, sin la ayuda de otra persona, el transporte público de ruta fija equipado con ascensor, ocasionalmente o todo el tiempo, debido a una afección relacionada con la salud. 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. El Servicio de Paratrásito es un servicio de transporte compartido que no depende del propósito del viaje. El Servicio de Paratrásito da servicio principalmente a orígenes y destinos en un radio de 1.2 km de las rutas fijas regulares.

Para utilizar el Servicio de Paratrásito de ADA, debe solicitar la elegibilidad. 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 impidan utilizar el transporte público accesible equipado con ascensor como Sonoma County Transit, Santa Rosa CityBus, o Petaluma Transit, ocasionalmente o todo el tiempo.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad total (incondicional) o de manera limitada, solamente para ciertos viajes (elegibilidad condicional). Para solicitar la elegibilidad, usted debe llenar por completo y devolver la solicitud adjunta. Tenga en cuenta que si se necesita más información para tomar una determinación de elegibilidad, se puede requerir una entrevista en persona o por teléfono, comunicación con su profesional de la salud, y/o que un profesional autorizado llene el formulario de Verificación Médica (que se encuentra en la página 8 de esta solicitud). Aunque no es un requisito obligatorio para hacer la solicitud, la verificación médica de un profesional certificado puede ayudar a determinar su elegibilidad y puede presentarse en el momento de la solicitud.

Su solicitud será analizada en el transcurso de 21 días después de que se reciba. Se le notificará por correo la determinación de su elegibilidad. Si usted recibe la certificación de elegibilidad, tendrá la posibilidad de viajar por servicios de paratrásito público a lo largo del Área de la Bahía de nueve condados.

Si usted no está de acuerdo con la determinación de su elegibilidad, tiene el 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 de paratrásito hasta que se tome una determinación final acerca de su elegibilidad. Esto no aplica si, debido a omisiones de su parte, somos incapaces de procesar por completo su solicitud.

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA



Instrucciones para los solicitantes

1. Conteste todas las preguntas de la solicitud de Paratrásito que siguen a esta página.
2. Use letra de molde o escriba a máquina respuestas completas a todas las preguntas.
Sólo se dará trámite a las solicitudes completas. Si su solicitud no está completa se le notificará.
3. Debe proporcionar dos firmas en la página 7 para completar la solicitud:
 - Certificación del solicitante
 - Autorización para revelar información
4. Devuelva la solicitud llena a la agencia de transporte apropiada según su dirección de servicio. Las solicitudes completas pueden enviarse por:
 - correo postal
 - Correo electrónico
5. Tenga en cuenta que es posible que se requiera más información para determinar la elegibilidad y se le puede pedir que
 - asista a una evaluación funcional en persona o participe en una entrevista telefónica
 - presente un formulario de verificación médica llenado por un profesional certificado. Si usted cree que este formulario nos ayudará a determinar su elegibilidad, puede presentarlo con su solicitud completa.

Devuelva la solicitud llenada a		
Residentes de Santa Rosa TAMBIÉN DEBE INCLUIR: *Fotocopia de una forma de identificación *Foto suya para su futura identificación de paratrásito (la foto debe incluir la cabeza y los hombros)	Residentes de Petaluma	Todos los demás residentes del condado de Sonoma
Correo postal CityBus Paratransit de Santa Rosa Attn: Paratransit Eligibility 101 Hickey Blvd. Ste A #514 South San Francisco, CA 94080	Correo postal Petaluma Transit Attn: Paratransit Eligibility 555 N McDowell Blvd Petaluma, CA 94954	Correo postal Sonoma County Transit 355 West Robles Ave. Santa Rosa, CA 95407
Por correo electrónico Asunto: Elegibilidad paratransitApp@careevaluators.com	Por correo electrónico Asunto: Elegibilidad petpara@cityofpetaluma.org	Por correo electrónico Asunto: Elegibilidad paratransit@sctransit.com
Si necesita ayuda con esta solicitud o una copia en otro formato accesible, llame al		
707-541-7180	707-778-4540	707-585-7516

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA



Instrucciones para los solicitantes

Llene todas las secciones de este formulario. Las solicitudes incompletas serán devueltas. La información proporcionada ayudará a determinar qué tipo de servicio de transporte es el adecuado para usted. Toda la información permanecerá confidencial.

Información del solicitante (Por favor use letra de molde o máquina de escribir)

Nueva solicitud Recertificación (Número de pasajero existente _____)

Nombre (*nombre, segundo nombre, apellido*): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Femenino Masculino

Idioma principal: Inglés Español Otro (*especifique*) _____

Dirección de servicio: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección postal (*si es diferente*):

_____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono (día): (____) _____ TDD/TTY:(____) _____

Teléfono (noche): (____) _____ Teléfono celular :(____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Favor de enviarme información escrita en un formato alternativo (seleccione a continuación si corresponde)

Letra grande Audiocasete Braille Digital Otro _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar? (De preferencia un contacto LOCAL)?

Nombre: _____ Teléfono (día): (____) _____

Relación: _____ Teléfono (noche): (____) _____

Persona que llena la solicitud si no es el solicitante

Nombre en letra de molde: _____ Relación con el solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono (día): (____) _____ Teléfono (noche):(____) _____

¿Se debe contactar con esta persona si se necesita información adicional? Sí No

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

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA



Cuéntenos acerca de su incapacidad / afección relacionada con la salud

1. ¿Tiene alguna incapacidad que, en parte o todo el tiempo, le **impida** utilizar de forma independiente el transporte público (autobús de ruta fija)?

○ El servicio de autobús **de ruta fija** es un servicio de transporte público que utiliza autobuses para proporcionar transporte a lo largo de una ruta designada que se detiene en las paradas de autobús según un horario predeterminado. El servicio de autobuses de ruta fija en el condado de Sonoma es operado por Santa Rosa CityBus, Petaluma Transit y Sonoma County Transit.

No Sí

Si es así, describa **CÓMO** su afección le impide utilizar un autobús de ruta fija (**respuesta requerida**).

2. ¿Qué tipos de incapacidades le impiden usar los autobuses de ruta fija ocasionalmente o todo el tiempo?

Incapacidad física Incapacidad del desarrollo Enfermedad mental
 Cirugía reciente Deficiencia visual Otro: _____

3. Las condiciones que usted describió son:

Permanentes Temporales No sé

Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?

4. Los operadores de paratransito no pueden realizar las tareas de un asistente de cuidado personal (PCA). ¿Necesitará viajar con un asistente PCA o con alguien que le ayude cuando utilice el paratransito?

Siempre Algunas veces Nunca



Uso de autobuses de ruta fija

5. ¿Utiliza actualmente el servicio de autobuses de ruta fija? Sí No Algunas veces
6. ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el servicio de autobús de ruta fija solo(a)? _____
 Nunca he utilizado el servicio de autobuses de ruta fija.
7. ¿Ha recibido alguna vez capacitación sobre cómo utilizar el servicio de autobuses de ruta fija?
 Sí No
8. ¿Está interesado(a) en recibir capacitación para viajar? Sí No
9. ¿Es capaz de esperar en una parada de autobús a un autobús de ruta fija?
 Sí Sólo si hay un banco o es una parada con techo
 No más de 15 minutos No
 Algunas veces **Descripción necesaria** _____
10. ¿Qué distancia puede recorrer de forma independiente hasta una parada de autobús?
 Menos de 1 cuadra 1 cuadra 2 cuadras
 3 cuadras o más
11. ¿Puede mantener el equilibrio, mientras está sentado(a), en un autobús de ruta fija en movimiento?
 Sí No Algunas veces
12. ¿Cómo viaja ahora? *(Marque todas las que aplican):*
 Autobuses Paratrásito Conduzco Autobús/tren
 Taxi Uber/Lyft En bicicleta Alguien me lleva en coche
 Otro: _____
13. Por favor agregue cualquier otra información que a usted le gustaría que supiéramos acerca de sus capacidades.

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA



14. ¿Qué es lo que mejor describe su capacidad para utilizar el sistema de autobuses de ruta fija de forma independiente? **Marque todas las que correspondan.**

La gravedad de mi incapacidad o estado de salud puede cambiar de un día para otro. Puedo viajar en los autobuses de ruta fija cuando me siento bien, pero no en otros momentos.

Descripción necesaria _____

No puedo viajar en los autobuses de ruta fija cuando hace oscuro debido a mi incapacidad o estado de salud.

Sólo puedo llegar y regresar de las paradas de autobús si hay y aceras niveladas con rampas.

Me cuesta entender o recordar todo lo que tendría que hacer para utilizar los autobuses de ruta fija.

Puedo utilizar los autobuses de ruta fija si es un lugar al que voy siempre.

No estoy seguro(a) de poder utilizar los autobuses de ruta fija por mí mismo(a).

No puedo utilizar los autobuses de ruta fija por mí mismo(a) por otras razones.

Descripción necesaria _____

Información sobre equipo y/o ayudas de movilidad

15. ¿Cuál de estas ayudas de movilidad utiliza actualmente cuando viaja? **Seleccione todo lo que aplica para usted.**

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna ayuda de movilidad | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo | <input type="checkbox"/> Scooter/carrito eléctrico | <input type="checkbox"/> Andador con asiento |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de habla | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ | |

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA



Certificación del solicitante

Certifico que la información en este formulario es **verdadera y correcta** según mi leal saber y entender. El propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para utilizar los Servicios de Paratrásito. Entiendo que la falsificación de la información a sabiendas podría resultar en la pérdida o la negación de los Servicios de Paratrásito, así como la sanción en virtud de la ley. 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.

Asimismo entiendo que, sin costo alguno para mí, se me puede pedir que participe en una evaluación funcional en persona de mis habilidades de viaje y estoy de acuerdo con dicha evaluación funcional si es necesaria.

Entiendo que pudiera ser necesario comunicarse con un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para usar el transporte público con el fin de ayudar a la determinación de elegibilidad o pedirle que llene un formulario de Verificación Médica.

Estoy de acuerdo en notificar a mi proveedor de servicios de Paratrásito si mi afección cambia, mi dispositivo de movilidad ha cambiado, o si ya no necesito los servicios de Paratrásito.

Firma del solicitante o del tutor, si procede

Fecha

Autorización para revelar información médica

(Para ser llenado por el solicitante)

Por medio de la presente, autorizo al siguiente profesional certificado (doctor(a), terapeuta, trabajador(a) social, etc) quien puede verificar mi incapacidad o afección 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 los servicios de paratrásito. 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:

Nombre: _____

Servicio que presta: _____

Dirección: _____

Número de registro médico o identificación, si se conoce: _____

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Firma del solicitante o del tutor, si procede

Fecha



Formulario de verificación médica

Para el solicitante: No se requiere un Formulario de Verificación Médica para solicitar la elegibilidad. Sin embargo, es posible que le pidamos que presente la Verificación Médica después de revisar su solicitud llenada si se necesita más información. Los solicitantes pueden presentar el formulario de verificación médica con su solicitud completa para ayudar a determinar la elegibilidad.

DEBE SER LLENADO POR UN PROFESIONAL, NO POR EL SOLICITANTE

Para el profesional:

Las regulaciones de ADA establecen que las personas son elegibles para servicios de paratransito si ocasionalmente o todo el tiempo, debido a una incapacidad o una afección médica, son psicológica o físicamente incapaces (no que se sientan incómodas ni que hallen dificultad) para utilizar de forma independiente el servicio de transporte público equipado con ascensores. La elegibilidad para paratransito de ADA no se basa en la ignorancia de una persona sobre el servicio de autobús, en la distancia hasta el servicio de autobús, en la capacidad para conducir, en la capacidad para expresarse en el idioma, ni en la edad. La información que usted proporcione, ayudará a determinar bajo qué circunstancias este solicitante pudiera ser elegible para el servicio de paratransito.

Marque su título profesional:

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Asistente médico	<input type="checkbox"/> Enfermera titulada
<input type="checkbox"/> Enfermera titulada practicante	<input type="checkbox"/> Psiquiatra	<input type="checkbox"/> Psicóloga
<input type="checkbox"/> Quiropráctico	<input type="checkbox"/> Terapeuta física	<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional
<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Gerente de caso	<input type="checkbox"/> Administrador de recursos
<input type="checkbox"/> Especialista certificado en orientación y movilidad		

Nombre del solicitante: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____

1. Describa el diagnóstico médico, o la incapacidad física o cognitiva que impida al solicitante usar de forma independiente un autobús equipado con ascensor ya sea en ocasiones o en todo momento: **Debe proporcionar detalles específicos o la solicitud será devuelta:**

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA



2. Las condiciones que usted describió son:

Permanentes

Temporales

No sé

Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?

3. ¿Es esta persona capaz de auto-supervisar las actividades diarias?

Sí

No

Última fecha de contacto cara a cara con el solicitante: ____ / ____ / ____

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del profesional _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre con letra de molde: _____

Clínica/Agencia: _____

Dirección: _____ Suite #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nº de licencia/registro/certificación profesional: _____ Estado: _____

*Este formulario caduca a los 90 días de la fecha de la firma.