

# 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

- Conteste todas las preguntas de la solicitud de Paratrásito que siguen a esta página.
- 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.
- Debe proporcionar dos firmas en la página 7 para completar la solicitud:
  - Certificación del solicitante
  - Autorización para revelar información
- 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
- 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.

<b>Devuelva la solicitud llenada a</b>		
<b>Residentes de Santa Rosa</b> <b>TAMBIÉN DEBE INCLUIR:</b> *Fotocopia de una forma de identificación *Foto suya para su futura identificación de paratrásito (la foto debe incluir la cabeza y los hombros)	<b>Residentes de Petaluma</b>	<b>Todos los demás residentes del condado de Sonoma</b>
<b>Correo postal CityBus Paratransit de Santa Rosa</b> Attn: Paratransit Eligibility 45 Stony Point Rd. Santa Rosa, CA 95401	<b>Correo postal Petaluma Transit</b> Attn: Paratransit Eligibility 555 N McDowell Blvd Petaluma, CA 94954	<b>Correo postal Sonoma County Transit</b> 355 West Robles Ave. Santa Rosa, CA 95407
<b>Por correo electrónico</b> Asunto: Elegibilidad paratransit@srcity.org	<b>Por correo electrónico</b> Asunto: Elegibilidad petpara@cityofpetaluma.org	<b>Por correo electrónico</b> Asunto: Elegibilidad paratransit@sctransit.com
<b>Si necesita ayuda con esta solicitud o una copia en otro formato accesible, llame al</b>		
<b>707-541-7180</b>	<b>707-778-4540</b>	<b>707-585-7516</b>

**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.



**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): _____  |  |



**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.

# FORMULARIO DE INCLUSIÓN VOLUNTARIA

## Tarjeta de Regional Transit Connection (RTC)



La tarjeta de RTC ofrece tarifas de descuento para personas con ciertos tipos de discapacidad **solo en transporte público de ruta fija**, como tren, ferri o autobús, en el Área de la Bahía de San Francisco. **Esta tarjeta de descuento no es para servicios de transporte público para discapacitados (paratransit)**. Si se aprueban los servicios de transporte público para discapacitados (*paratransit*) según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), usted será elegible para la tarjeta de RTC. La tarjeta de RTC es para pasajeros elegibles menores de 65 años, a menos que su discapacidad requiera un ayudante, lo que permite a los pasajeros mayores de 65 años permanecer en RTC.

Puede completar este formulario opcional con su solicitud de servicios de *paratransit* según la ADA o puede optar por solicitar la tarjeta de RTC en una fecha posterior a través de la Solicitud de elegibilidad básica de RTC disponible en <https://511.org/transit/rtc-card>. La tarjeta RTC también exige que haya una foto impresa del pasajero en la tarjeta. El personal de RTC se comunicará con usted para solicitarle una foto si no la envía junto con el formulario de solicitud.

### Información del solicitante

**Nombre completo (obligatorio):** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (obligatoria):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de departamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Método de comunicación preferido (obligatorio):**  Correo de EE. UU.

Braille (enviado por correo)

Correo electrónico

Lenguaje escrito preferido:  Inglés  Español  Tagalo  Chino  Otro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido:  Particular \_\_\_\_\_  Celular \_\_\_\_\_

Adicional: \_\_\_\_\_

**Me gustaría que se envíe mi tarjeta por correo a (obligatorio):**

mi dirección que figura arriba  una agencia de transporte público para recogerla  
(nombre de la agencia de transporte público) \_\_\_\_\_

¿Necesita tarjeta de ayudante?:  Sí  No

**Nombre de la agencia de transporte público donde se estableció la elegibilidad para los servicios de *paratransit* según la ADA:**

*Doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que el fraude o la declaración errónea de los hechos me inhabilitará para recibir los beneficios del Programa de RTC. También acuerdo brindar información adicional que se pueda solicitar o permitir que RTC se comunique con la agencia mencionada anteriormente como parte de este proceso. Comprendo que al presentar una solicitud para el Programa de RTC, también acepto el Acuerdo del titular de la tarjeta Clipper y la Política de privacidad de Clipper. Estos están disponibles en [511.org](http://511.org) bajo RTC, [ClipperCard.com](http://ClipperCard.com), y se proporcionan con su tarjeta si se aprueba su solicitud. Si se proporciona una tarjeta de ayudante, certifico que permitiré que mi ayudante use esta tarjeta solo cuando se desempeñe como mi ayudante de viaje y yo esté usando mi tarjeta de RTC para pagar mi tarifa. Comprendo que cualquier uso indebido de la tarjeta de ayudante y sus beneficios derivará en la pérdida permanente del privilegio de la tarjeta de ayudante. Además, comprendo que el uso no autorizado de esta tarjeta puede constituir una evasión de tarifas y derivar en una infracción y una multa para el ayudante.*

**Firma (obligatoria):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_