Solicitud de Servicio de Paratránsito ADA

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

Este paquete incluye información y formularios que usted necesita para solicitar la elegibilidad al servicio de paratránsito 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 paratránsito 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 paratránsito ADA, usted debe estar certificado(a) como elegible. La elegibilidad se determina en función de cada caso específico. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad está estrictamente destinada a aquellas personas que tengan limitaciones específicas que les impidan 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 paratránsito.

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 más información. Quizá necesitemos:

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

Para:
Impresión en letra grande
Disco compacto/CDR
Correo electrónico

Llamar: (415) 351-7000 O (415) 351-7004

Если вы хотите иметь это заявление на русском языке, пожалуйста, позвоните по телефону (415) 351-7006

Si usted desea tener esta solicitud en español, por favor llame al (415) 351-7004

如果您想使用中文申請, 請致電 (415) 351-7005

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, como por ejemplo ser capaz de caminar hasta una parada de autobús, leer las señales, 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 de los nueve condados del Área de la Bahía. Si no está de acuerdo con la determinación de su elegibilidad, usted tiene el derecho de apelar. La información sobre cómo apelar estará incluida en su notificación de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad se demora más de 21 días, se le puede proporcionar una elegibilidad temporal que le permita utilizar el sistema paratránsito hasta que se llegue a una decisión final acerca de su elegibilidad. Esto no aplica si, debido a omisiones de su parte, nos vemos imposibilitados 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 y explicaciones detalladas nos ayudarán a tomar una determinación apropiada. Asegúrese de responder TODAS las preguntas o su solicitud será considerada como incompleta. Se devolverán las solicitudes incompletas.

2. No se requiere que adjunte páginas o información adicional. Sin embargo, usted quizá desee enviar otros documentos que considere nos serán de ayuda para entender sus limitaciones. Toda la información que usted proporcione se tratará de forma estrictamente confidencial.

3. **Debe proporcionar FIRMAS en dos lugares para completar la solicitud:**
   - Certificación del/de la solicitante (página 8)
   - Autorización para uso o divulgación de información médica de un profesional médico o de rehabilitación correspondiente (página 9)

4. **Devuelva la solicitud completada a:**
   Dirección postal: 68 – 12th Street, San Francisco, CA 94103
   Fax: (415) 351-3135
   Correo electrónico: sfptcertification@sfparatransit.com

Para obtener ayuda con el proceso de solicitud o para consultar sobre el estado de su solicitud, por favor llame al: (415) 351-7050.

Gracias

Información personal/de contacto

(Por favor use letra de molde)

Obligatorio:

Nombre *(nombre, segundo nombre, apellido):*
_____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/_____

Domicilio: _____ Apart. nro: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal (*si es diferente del domicilio*):
_____ Apart. nro:_____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono principal: (____) _____ seleccione uno ☐hogar ☐trabajo ☐celular

Opcional:

Teléfono secundario: (____) _____ seleccione uno ☐hogar ☐trabajo ☐celular

Correo electrónico: _____ **Sexo**: ☐ Mujer ☐ Mobre ☐ Otro _____

Número de Clipper Card: _____ **Nro. de ID de Paratransit** *(si lo conoce)* _____

Idioma de preferencia*:* ☐ Inglés ☐ Otro *(especifique)* _____

Raza o grupo étnico: ☐ Asiático(a) o asiático-estadounidense

☐ Negro(a) o afroestadounidense ☐ Hispano(a) o latino(a) ☐ De Oriente Medio o del Norte de África

☐ Blanco(a) o caucásico(a) ☐ Indígena estadounidense, nativo(a) de Alaska o indígena

☐ Nativo(a) de Hawái o de las Islas del Pacífico

☐ No está en la lista (especifique): _____ ☐ Prefiero no decir

Si necesita alguna información por escrito en un formato accesible, por favor elija el formato que prefiera:

☐ Letra grande ☐ Correo electrónico (para lector de TTS)
☐ Braille ☐ Otro _____

En caso de emergencia, ¿con quién podemos ponernos en contacto?

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono principal: (____) _____ Teléfono secundario: (____) _____

Cuéntenos acerca de su discapacidad / condición relacionada con la salud

Por favor responda detalladamente 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 vez que experimentó las condiciones que describió arriba?

☐ Hace 0-1 año ☐ Hace 1 a 5 años ☐ Hace más de 5 años

4. Las condiciones que usted describió, ¿cambian día a día de una manera que afectan su capacidad para utilizar el transporte público?

☐ Sí, algunos días están bien, otros días están mal. ☐ No, no cambian.
☐ No sé.

5. Las condiciones que usted describió son:

☐ Permanentes ☐ Temporales ☐ No sé

Si son temporales, ¿por cuánto tiempo espera que continúen?

_____

Cuéntenos acerca de sus capacidades y actividades normales

6. ¿Utiliza usted con regularidad cualquiera de las ayudas de movilidad o equipos especializados que se mencionan a continuación? (Seleccione todas las que apliquen):

☐ Bastón ☐ Bastón para ciegos ☐ Andador
☐ Muletas ☐ Ortesis para las piernas ☐ Oxígeno portátil
☐ Animal de servicio ☐ Scooter de movilidad ☐ Silla de ruedas motorizada
☐ Silla de ruedas manual
¿Puede transferirse de su silla de ruedas manual a un asiento?
☐ Sí ☐ No
☐ Otra ayuda _____

7. Por favor marque la casilla que mejor describa su situación de vivienda actual:

☐ Cuidado de 24 horas o centro de enfermería especializada
☐ Centro de vivienda asistida
☐ Centro de Asistencia para Trastornos de Memoria *(seleccione uno)*:
☐ Básico ☐ Avanzado
☐ Recibo asistencia de alguien que viene a mi casa para ayudarme con las actividades de la vida diaria
☐ Vivo con miembros de la familia que me ayudan
☐ Vivo de manera independiente (sin asistencia de otra persona)

8. ¿Cuántas cuadras 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 al aire libre? *(Marque solamente una respuesta):*

☐ Podría esperar solo(a) de diez a quince minutos
☐ Podría esperar solo(a) de diez a quince minutos, solamente si tuviera un asiento y techo
☐ Necesitaría que alguien esperara conmigo porque _____
_____

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su uso de transporte público regular (por ejemplo, autobús o tren Muni)?
(Seleccione solamente una respuesta):

☐ Nunca he utilizado el transporte público regular
☐ Sí, he utilizado el transporte público regular, pero no desde el inicio de mi discapacidad
☐ He utilizado el transporte público regular en los últimos seis meses

Cuéntenos acerca de sus necesidades de viaje

11. Actualmente, ¿cómo viaja usted a sus destinos frecuentes?
(Seleccione todas las que apliquen):
☐ Autobuses ☐ Paratránsito ☐ Conduzco ☐ BART
☐ Taxi ☐ Ferry ☐ Tranvía ☐ Alguien me lleva en coche
☐ TNC / Ride Share
☐ Otro _____

12. ¿Viaja usted con la ayuda de otra persona?
☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca

Si lo hacen "siempre" o "algunas veces", ¿qué tipo de ayuda le proporcionan?
_____

13. ¿Sería usted capaz de desplazarse hacia y desde la parada de transporte público más cercana a su hogar?
☐ Sí ☐ No ☐ Algunas veces
Si responde “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 responde “no” o “algunas veces”, explique por qué:
_____
_____

15. ¿Sería usted 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 responde “no” o “algunas veces”, explique por qué:
_____
_____

16. ¿Sería capaz de abordar o bajar de un autobús de transporte público si tuviera un 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 responde "no" o "algunas veces", explique por qué:

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

_____

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

Debe proporcionar FIRMAS en dos lugares para completar la solicitud:

- Certificación del/de la solicitante (página 9)
- Autorización para uso o divulgación de información médica de un profesional médico o de rehabilitación correspondiente (página 10)

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.

Certificación del/de la solicitante

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar la información intencionalmente dará como resultado la denegación del servicio. Entiendo que toda la información será tratada de forma confidencial, y que solamente la información requerida para proporcionar los servicios que solicito les será revelada a aquellos que prestan 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 ayudar con la determinación de la elegibilidad.

Firme

Firme aquí:
Firma del/de la solicitante _____ Fecha _____

¿Hay alguien (por ejemplo, pariente, trabajador social o agencia, etc.) a quien le gustaría que notifiquemos 90 días antes de que expire su elegibilidad?
☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, nombre/agencia de la persona:
_____

Dirección de correo electrónico: _____ teléfono: (____) _____

Relación: _____

¿Le ayudó alguien a llenar este formulario? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Parentesco: _____

Por favor, tenga en cuenta: es su responsabilidad notificarnos si su discapacidad mejora lo suficiente como para cambiar el estado de su elegibilidad. Si su condición mejora después de que haya recibido la determinación de elegibilidad o nosotros descubrimos que entregó información falsa, su elegibilidad le será suspendida o se le puede pedir que vuelva a hacer una solicitud.

Continúe a la página 10 para firmar la autorización para divulgación

Autorización para uso o divulgación de información médica

(La debe completar el/la solicitante o un representante del/de la solicitante)

Por favor, proporcione el nombre del médico o el proveedor que mejor entienda las capacidades funcionales del/de la solicitante para usar transporte público.

Médico o proveedor del/de la solicitante: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono del médico: _____ Fax: _____

Nombre del/de la solicitante: _____

Yo, el/la solicitante, por el presente autorizo el uso o divulgación de mi información de salud protegida de identificable (PHI) como se describe a continuación en este documento a Transdev/SF Paratransit para fines de determinar mi elegibilidad para recibir servicios de transporte.

Nombre del/de la solicitante: _____

Por favor, envíe la información solicitada a:

San Francisco Paratransit, 68 - 12th Street, San Francisco, CA 94103

Especifique la descripción de Información de Salud Protegida (PHI) que se usará o divulgará:

Toda discapacidad documentada del/de la solicitante y cómo su discapacidad o discapacidades afectan su capacidad para usar en forma independiente los autobuses o trenes de Muni o Bart que, de otro modo, son accesibles.

Esta autorización caduca un (1) año después de la fecha de la firma, O BIEN en el caso de que ocurra lo siguiente: Recibo de SF Paratransit de la PHI solicitada, lo cual permite a SF Paratransit hacer una determinación de elegibilidad de Paratransit ADA.

Entiendo que la PHI usada o revelada puede estar sujeta a otra divulgación por la entidad que la reciba, y que ya no estaría protegida por las reglamentaciones federales sobre privacidad. También entiendo que puedo retirar esta Autorización en cualquier momento notificando a SF Paratransit por escrito.

(El formulario DEBE estar completado antes de firmar)

Firma

_____ _____

Firma del/de la solicitante o representante del/de la solicitante Fecha

Si corresponde, nombre en imprenta del/de la representante del/de la solicitante: _____

Parentesco con el/la solicitante: _____

(Este formulario está disponible en formatos accesibles o en idiomas alternativos previa solicitud).