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:
Braille
Impresión grande
Disco compacto/CDR

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

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 usted 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, a usted 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, 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 y explicaciones detalladas 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 considere nos serán de ayuda para entender sus limitaciones. Toda la información que usted proporcione será manejada de forma estrictamente confidencial.
- 3. Usted debe proporcionar FIRMAS en tres espacios para completar la solicitud.
 - Certificación del solicitante (Página 8)
 - Autorización para Revelar Información para un profesional médico o de rehabilitación apropiado (Páginas 9 y 10)
- 4. Devuelva la solicitud completada a: 68 12th Street, San Francisco, CA 94103.
 - Para obtener ayuda con el proceso de solicitud o para verificar el estado de su solicitud llame al (415) 351-7050 O (415) 351-7004.

Gracias

Por favor use letra de molde

Información personal /de contacto

Nombre (primer, segundo, apellido)	:
	E-Mail:
	Apt. #:
Ciudad:	C.P.:
Dirección de correo (si es distinta	
	Apt. #:
Ciudad:	C.P.:
Teléfono de día: ()	TDD/TTY: ()
Teléfono por la noche: ()	Teléfono celular: ()
Fecha de nacimiento://_	Femenino Masculino
Idioma principal (por favor, seleccio	one) 🗌 Inglés 🔲 Otro (especifique)
	
Si más adelante necesita que se le un formato accesible, por favor se	proporcione a usted alguna información en leccione qué formato prefiere.
☐ Disquete/CD-Rom ☐ Audiocase	ete 🗌 Braille 🔲 Letra de imprenta grande
Otro	
En caso de emergencia, ¿a quién	debemos contactar?
Nombre:	
Relación con usted:	
	Teléfono (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.

¿Cuál discapacidad o condiciones relacionadas con la salud le IMPIDEN utilizar de manera independiente el transporte público regular (por ejemplo, BART, autobús, tranvía)?
Explique brevemente DE QUÉ MANERA le impide su condición utilizar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona.
¿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
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, no cam ☐ No sé.
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.	¿Utiliza usted con regularidad cualquiera de las ayudas de movilidad o equipos especializados que se mencionan a continuación? (Seleccione todas las que apliquen): Bastón Silla de ruedas eléctrica Dispositivos de comunicación Bastón para ciegos Animal de servicio Andador Scooter eléctrico Muletas Silla de ruedas manual Aparatos ortopédicos para las piernas Tanque de oxígeno portátil Otro dispositivo de 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 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
8.	☐ Vivo de manera independiente (sin asistencia de otra persona) ¿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 el exterior? (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 le describe mejor a usted? (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 Otro
12.	¿Viaja usted con la ayuda de otra persona? ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Nunca
	12a. 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.	¿Seria usted capaz de abordar o bajar de un autobus de transporte público si tuviera ya sea un elevador, una rampa, o un <i>kneeler</i> (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 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 solicitud 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 ayudar a la determinación de la elegibilidad.

Firme aquí: Firma del solicitante	Fecha	
¿Hay alguien (por ejemplo, pariente, trabajador social o agencia, etc.) que gustaría que notificemos 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 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 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 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 los servicios de paratránsito. 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	

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

(Debe llenarse por el solicitante o por el representante del solicitante)

Para:	(Inserte el nombre del médico o proveedor)
	velación de mi información médica identificable ún se describe en este formulario (la "Autorización") a egibilidad para recibir servicios de transporte.
Nombre del paciente:	Fecha de hoy:
Favor de enviar la información solicitada a:	
San Francisco Paratransit, 68-12th Street,	San Francisco, CA 94103
Descripción específica de la Información Prot	egida sobre la Salud a ser usada o revelada:
La(s) discapacidad(es) documentada(s) de nue afectan su capacidad para utilizar en forma incautobuses/trenes accesibles de BART. Evento que marca el vencimiento de esta Auto	dependiente el Muni o los demás
•	específica solicitada (ver arriba), la cual nos permite
autorizado de dicha Información conforme Protegida sobre Mi Salud que se revele tal federales sobre la privacidad. Asimismo enti cualquier momento dándole aviso por escrit-	re Mi Salud está sujeta a revelación por el receptor a la presente autorización, y que la Información vez no se encuentre protegida por los reglamentos tendo que puedo revocar la presente Autorización en o, pero si hago esto, la revocación no tendrá ningún ayan realizado antes de recibir dicha revocación de la
Firma del individuo o de su representante	Fecha
(El formulario DEBE llenarse antes de firmar	rse)
Nombre del representante en letra de molde, s	i aplica.
Relación con el individuo:	
Testigo	Fecha
(Se puede obtener este formulario en formatos	s accesibles y/o en otros idiomas al solicitarlo)
DALLAS 1271424v1	