

# Solicitud de Servicio de Paratrásito ADA

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

**Este paquete incluye información y formularios 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 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 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 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 grande  
Disco compacto/CDR  
Correo electrónico**

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

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

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

**Dirección de correo** (*si es distinta a la de su casa*)

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

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

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

¿Su teléfono celular acepta SMS / mensajes de texto?  Sí  No

¿Le gustaría recibir mensajes por mensaje de texto?  Sí  No

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Femenino  Masculino  Otro

Número de tarjeta Clipper: \_\_\_\_\_

**Idioma principal** (*por favor, seleccione*)  Inglés  Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

¿Cuál es su raza o etnia? (opcional):  Asiática/o o Isleña/o del Pacífico

Afroamericana/o o Negra/o  Latinx o Hispana/o  Blanca/o

Norafricana/o o del Medio Oriente  Nativa/o americana/o

otro: \_\_\_\_\_  declino a decir

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

Letra de imprenta grande  Correo electrónico (para lector TTS)  Braille

Otro \_\_\_\_\_

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

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

Relación con usted: \_\_\_\_\_

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

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 afecten su capacidad para utilizar el transporte público?

Sí, algunos días está bien, otros días está mal.  No, no cambia.  
 No sé.

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. ¿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  
 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 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     Paratrásito     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. ¿Sería usted capaz de abordar o bajar de un autobús de transporte público si tuviera ya sea 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 a usted le gustaría que supiéramos acerca de sus capacidades.

---

---

---

---

---

---

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

**Debe de FIRMAR en tres lugares para completar la solicitud:**

- **Certificación del solicitante (página 8)**
- **Autorización para divulgar información a un profesional médico o de rehabilitación apropiado (Páginas 9 y 10)**

**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.

**Continúe con la página 9 para firmar la Autorización para divulgar información**

## 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 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 \_\_\_\_\_

**Continúe con la página 10 para firmar la Autorización para divulgar información**

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)

Por este conducto autorizo el uso o revelación de mi información médica identificable (“Información Protegida sobre la Salud”) según se describe en este formulario (la “Autorización”) a SF Paratransit, para fines de determinar mi elegibilidad 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**

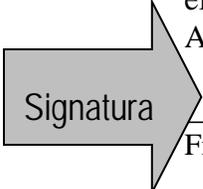
Descripción específica de la Información Protegida sobre la Salud a ser usada o revelada:

La(s) discapacidad(es) documentada(s) de nuestro solicitante (su paciente), y cómo esta(s) afectan su capacidad para utilizar en forma independiente el Muni o los demás autobuses/trenes accesibles de BART.

Evento que marca el vencimiento de esta Autorización:

La verificación profesional de la información específica solicitada (ver arriba), la cual nos permite hacer una determinación de elegibilidad para servicios de paratransito ADA.

Entiendo que la Información Protegida sobre Mi Salud está sujeta a revelación por el receptor autorizado de dicha Información conforme a la presente autorización, y que la Información Protegida sobre Mi Salud que se revele tal vez no se encuentre protegida por los reglamentos federales sobre la privacidad. Asimismo entiendo que puedo revocar la presente Autorización en cualquier momento dándole aviso por escrito, pero si hago esto, la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna de las acciones que se hayan realizado antes de recibir dicha revocación de la Autorización.



Signatura

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

*(El formulario DEBE llenarse antes de firmarse)*

Nombre del representante en letra de molde, si aplica. \_\_\_\_\_

Relación con el individuo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Se puede obtener este formulario en formatos accesibles y/o en otros idiomas al solicitarlo)

DALLAS 1271424v1