

Solicitud Para el Servicio ADA Paratransito

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

Este paquete incluye información y la aplicación que necesita para solicitar la elegibilidad para servicios de paratransito WestCAT PARATRANSITO. Como parte de los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), todos los sistemas de transporte público brindan servicio de paratransito. Este tipo especial de servicio de transporte público está limitado a las personas que no pueden usar de manera independiente el transporte público regular, algunas veces o todo el tiempo, debido a una discapacidad o condición relacionada con la salud.

Para usar el servicio de paratransito ADA, debe estar certificado como elegible. La elegibilidad se determina caso por caso. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad está estrictamente limitada a aquellos que tienen limitaciones específicas que les impiden usar el transporte público accesible.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad completa (incondicional) o de manera limitada para algunos viajes solamente (elegibilidad condicional). Si se determina que está capacitado para utilizar el transporte regular de autobús y tren para todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, no será elegible para el servicio de paratransito.

Para solicitar elegibilidad, debe completar la aplicación adjunta.

Evaluaremos su capacidad para utilizar el transporte público accesible. Después de revisar su aplicación, es posible que necesitemos más información. Es probable que necesitemos:

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

Para:

Braille • Letra Grande • Cinta de Audio • Disquete de Computadora/CDR:

Llamar al 510-724-7993

Su aplicación será procesada dentro de los 21 días posteriores de haberla recibido. La aplicación debe completarse correctamente y usted debe estar disponible para una evaluación de segundo nivel si es requerido. Una evaluación de segundo nivel podría incluir una entrevista telefónica o una entrevista en persona.

Recibirá un aviso de su determinación de elegibilidad por correo. Si está certificado como elegible, podrá viajar a lo largo de los nueve condados del Área de la Bahía. Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, tiene derecho a apelar. La información sobre cómo presentar una apelación se incluirá con el aviso de elegibilidad. Si la determinación de elegibilidad dura más de 21 días, se le podría otorgar elegibilidad que le permitirá usar el sistema de paratransito hasta que se tome una decisión final sobre su elegibilidad. Esto no se aplica si, a través de inacciones de su parte, no podemos completar el procesamiento de su aplicación.

INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

- 1. Por favor escriba en letra de imprenta o a máquina, escriba respuestas completas a todas las preguntas.** Sus respuestas detalladas nos ayudarán a tomar una determinación adecuada. Asegúrese de **responder TODAS las preguntas o su aplicación se considerará incompleta.** Las aplicaciones incompletas serán **devueltas.**

- 2. No es necesario incluir páginas o información adicional.** Sin embargo, es posible que desee enviar otros documentos adicionales que nos ayuden a entender sus limitaciones. **Toda la información que nos provea será mantenida estrictamente confidencial.**

- 3. Debe proporcionar FIRMAS en dos lugares para completar la aplicación:**
 - Certificación del solicitante (página 8)
 - Autorización para obtener información de un profesional médico o un profesional de rehabilitación (página 9)

- 4. Envíe la aplicación completa por fax o correo a:**

**ADA CERTIFICATION
WestCAT
601 Walter Ave.
Pinole, CA 94564
Fax: 510-724-5551**

Para obtener ayuda con el proceso de la aplicación o para verificar el estado de su aplicación, llame al (510) 724-7993

Por favor escriba en letra de imprenta

Datos personales/Información de contacto

Nombre (*primero, segundo, apellido*):

Dirección: _____ **Apt. #:** _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____

Dirección postal (*si es diferente de la anterior*):

_____ **Apto. #:** _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____

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

Teléfono/noche: (____) _____ **Teléfono móvil:** (____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mujer Hombre

Idioma primario (*marcar uno*): Inglés Otro (*especificar*) _____

Si necesita información en un formato accesible, por favor indique el formato que prefiera:

CD Cinta de audio Braille Letra grande

Otro _____

En caso de emergencia, ¿a quién deberíamos contactar?

Nombre: _____

Relación: _____

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

Infórmenos sobre su discapacidad o condición de salud

Por favor responda detalladamente estas preguntas – su respuestas específicas nos ayudarán a poder determinar su elegibilidad.

1. ¿Cuál es su incapacidad o condiciones de salud que le **IMPEDEN** usar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona? (por ejemplo: ¿BART, autobús, tranvía)?

2. Explique brevemente **CÓMO** su condición le impide utilizar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona.

3. ¿Cuándo experimentó por primera vez las condiciones que describió anteriormente?

0-1 año atrás entre 1-5 años Mas de 5 años

4. ¿Las condiciones que describió cambian de día a día de una manera que afecta su capacidad de usar el transporte público?

Si, algunos días estoy bien, otros días estoy mal. No, no cambia.

5. Las condiciones que describió son:

Permanentes Temporales

Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?

Infórmenos sobre sus capacidades y actividades habituales

6. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas de movilidad o equipos especializados? (Marque todo lo que corresponda):
- Bastón Silla de ruedas eléctrica Dispositivo de comunicación
 Bastón blanco Animal de servicio Andador
 Scooter eléctrico Muletas Silla de ruedas manual
 Aparatos ortopédicos para las piernas
 Tanque de oxígeno portátil
 Otro tipo de aparato de movilidad _____

La siguiente pregunta se relaciona con el tamaño y el peso de su equipo de movilidad.

Por favor tenga en cuenta que: una silla de ruedas u otro dispositivo de movilidad no debe exceder 30" de ancho y 48" de largo cuando se mide a 2" del piso y debe pesar menos de 800 lbs. cuando está ocupado.

7. ¿Es su aparato de movilidad demasiado grande? Si No

En caso afirmativo, proporcione la marca y el número de modelo del aparato de movilidad

Marca: _____ Modelo #: _____

¿Su aparato de movilidad pesa menos de 800 libras cuando está ocupado?

- Si No No lo sé

8. Marque la casilla que mejor describa su situación de vivienda actual:
- Cuidado las 24-hrs o centro de enfermería especializada
 Vivienda asistida
 Alguien viene a mi casa para ayudarme con mis actividades cotidianas
 Vivo con familiares que me ayudan
 Vivo de forma independiente (sin ayuda de otra persona)
9. ¿Cuántas cuerdas puede caminar con o sin ayuda de un aparato de movilidad y sin la ayuda de otra persona? _____

10. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor si usted tuviera que esperar afuera por un servicio de transporte? (*Marque solamente una*):
- Podría esperar solo/a de diez a quince minutos
 - Podría esperar solo/a de diez a quince minutos solamente si tuviera donde sentarme y refugiarme de la intemperie
 - Necesitaría que alguien me acompañara porque: _____
-

11. ¿Cuál de las siguientes opciones lo describe mejor? (*Marque solamente una*):
- Nunca he usado el transporte público regular
 - He usado el transporte público regular pero no desde el inicio de mi discapacidad
 - He usado el transporte público regular en los últimos 6 meses

Infórmenos sobre sus necesidades de transporte

12. ¿Como llega a sus destinos frecuentes? (*Marque todo lo que corresponda*):
- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Paratránsito | <input type="checkbox"/> Manejando | <input type="checkbox"/> BART |
| <input type="checkbox"/> Taxi | <input type="checkbox"/> Ferry | <input type="checkbox"/> Tranvía | <input type="checkbox"/> Alguien me lleva |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |

13. ¿Necesita ayuda de un asistente de cuidado personal (PCA)? (Un PCA es alguien que provee ayuda con las actividades básicas de la vida cotidiana: vestirse, higiene personal, cargar paquetes, orientarse)

Si, necesito ayuda con _____

No, No necesito ayuda cuando viajo.

14. ¿Puede ir y regresar sin ayuda a la parada del transporte público más cercana a su casa?

Si No A veces

Si contesto no o a veces, explique por qué: _____

15. ¿Cree que podría ser capaz de agarrar manijas, pasamanos, monedas o boletos mientras sube o baja de un vehículo de transporte público?

Si No A veces No sé, nunca lo he intentado

Si contesto no o a veces, explique por qué:

16. ¿Cree que podría mantener el equilibrio y tolerar el movimiento de un vehículo de transporte público si va sentado?

Si No A veces No sé, nunca lo he intentado

Si contesto no o a veces, explique por qué:

17. ¿Cree que podría subir o bajar de un autobús de transporte público si tuviera un ascensor, una rampa para bajar por la parte delantera del autobús?

Si No A veces No sé, nunca lo he intentado

Si contestó no o a veces, explique por qué:

18. WestCAT ofrece capacitación gratuita a cualquier persona interesada en aprender a utilizar los autobuses de ruta fija. ¿Estaría interesado en obtener esta capacitación?

Si No

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

LAS APLICACIONES QUE ESTÉN INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.

Certificación del solicitante

Certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar información de manera fraudulenta dará como resultado la negación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito será revelada a aquellos que prestan los servicios.

Entiendo que un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar el transporte público debe completar las páginas 10 - 12 para ayudar en la determinación de mi elegibilidad.

Firme aquí:

Firma del solicitante _____

¿Alguien le ayudó a llenar este formulario? Si No

Si contesto si, Nombre: _____

Teléfono: (____) _____

Relación: _____

Por favor tenga en cuenta que: Es su responsabilidad avisarnos si su discapacidad mejora lo suficiente como para cambiar el estado de su elegibilidad. Si su condición mejora después de haber recibido la determinación de elegibilidad o nosotros descubrimos que usted presentó información falsa, su elegibilidad será suspendida o se le puede pedir que presente una solicitud nueva.

Autorización para obtener información médica

(Debe ser completada por el solicitante)

Por la presente autorizo al profesional acreditado mencionado a continuación (doctor, terapeuta, trabajador social, etc.) quien puede verificar mi discapacidad o condición de salud, para que comparta esta información con la agencia local de transporte público. Esta información solamente será usada para verificar mi elegibilidad para recibir servicios de paratransito. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización, y que puedo revocarla en cualquier momento.

Nombre del profesional autorizado de proporcionar mi información médica: _____

Dirección:

Ciudad: _____, **Estado:** _____, **Código postal:** _____

Teléfono # _____

Historial médico o número de identificación:

Firme aquí:

Firma del solicitante _____

Fecha _____



Esto concluye la parte de la aplicación que el solicitante necesita completar. Por favor pídale a su médico que revise su aplicación y que complete las páginas 10-12 antes de enviar su aplicación al Departamento de Certificación ADA.

Applicants Name: _____
Date of Birth: _____

Licensed Medical or Mental Health Professional Verification

Please Check one:

- Medical Doctor (MD) Optometrist Psychologist (Ph.D.)
 Orthopedic Doctor Neurologist Psychiatrist
 Ophthalmologist Spinal Specialist
 Physical, or Occupational Therapist
 Certified Orientation & Mobility Specialist

Instructions: This individual is applying for WestCAT LINK Paratransit Services. In accordance with the Americans with Disabilities Act of 1990, paratransit service is available only for persons who because of a disability, are **prevented** from taking the regular fixed-route bus. **All WestCAT Public Transit buses are equipped with lifts for people who cannot climb stairs.** The individual could be prevented in either of the following ways: 1) is unable to independently get to and from abus stop, on or off the bus, or successfully navigate to a destination or 2) is unable to understand how to complete a bus trip.

For the benefit of the Applicant, please answer the following questions as fully and accurately as possible. Please be specific when answering the questions. Incomplete answers will result in the application being returned to the applicant. All healthcare information will be kept confidential. Please call (925) 676-1976 if you have any questions. Thank you for your time and cooperation

Please review the information contained on the application as provided by the Applicant or Applicant’s representative.

1. Based on your knowledge of the Applicant's condition, is the information provided on their ADA application accurate?

Yes No Somewhat

If you checked "no" or "somewhat" please explain:

2. What specific conditions contribute to the Applicant's mobility and / or cognitive limitations? Please define the degree of impairment and include (Visual acuity, DSM codes, GAF or IO scores, if applicable)

NOTE: Age or the inability to drive are not qualifying factors.

DIAGNOSIS / DISABILITY / DATE OF ONSET / DEGREE OF IMPAIRMENT

Please explain how the Applicant's disability prevents them from using the regular bus system.

3. The disability that prevents the Applicant from accessing the regular bus system is:

Permanent Temporary – Until _____

4. Does the Applicant with his/her mobility device weigh more than 800 lbs.?

Yes; please list applicants present weight _____ No

5. Does the Applicant require a Personal Care Attendant (PCA) when traveling?

Note: A PCA is someone who is designated or employed by a person with a Disability to assist that person in meeting his or her personal needs and/or to facilitate Travel for a specific trip.

Yes No Sometimes

If sometimes, please explain: _____

I HEREBY CERTIFY under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information provided on the Professional Verification portion for this application is true and correct.

Licensed Professional Signature **License Number** **Date**

Printed Name: _____

Organization: _____

Address: _____

City, State, Zip: _____

Phone: _____

Thank you for your assistance in completing this form. WestCAT in accordance with the Americans with Disabilities Act of 1990, will use the information provided to determine the applicant's eligibility for Paratransit Services.