



# SKAGIT TRANSIT

APLICACIÓN DE  
ELEGIBILIDAD DE  
PARATRANSIT

## LEA LO SIGUIENTE ANTES DE COMENZAR EL PROCESO DE APLICACIÓN

ADA Paratransit es un viaje compartido, reserva anticipada, servicio de origen a destino para personas que, debido a su discapacidad, no pueden usar el servicio de tránsito de ruta fija de Skagit Transit para algunos o todos sus viajes.

El servicio ADA Paratransit no es apropiado para todos. El servicio de autobús de ruta fija se considera la primera opción de todos los pasajeros para el transporte público. Los autobuses de ruta fija tienen escalones de entrada bajos y están equipados con rampas o elevadores para el acceso de sillas de ruedas y para aquellos que no pueden separarse o descender. Otros alojamientos, como áreas de seguridad para sillas de ruedas, anuncios de paradas de autobús y capacitación gratuita en viajes para aprender a navegar por nuestro sistema, pueden utilizar el servicio de tránsito de ruta fija de Skagit Transit, la primera opción para muchas personas con discapacidades.

Tener una discapacidad no lo califica automáticamente para la elegibilidad de Paratransit. La elegibilidad no es una decisión médica o un servicio que su profesional médico puede recetarle. La edad, los nuevos en el área, la experiencia de viajar en la ruta fija, la falta de servicio de autobús cerca de usted, la incapacidad de llevar comestibles o paquetes, y / o la incapacidad para conducir no son discapacidades. La situación como esta no se utilizará para determinar su elegibilidad para Paratransit.

La elegibilidad de paratransito se basa en su capacidad funcional para usar el servicio de autobús de ruta fija de Skagit Transit. Si los efectos de su discapacidad le impiden viajar a una parada de autobús, viajar en un autobús equipado con rampa y / o bajar del autobús hacia y desde su destino, puede ser elegible para el servicio ADA Paratransit. Las determinaciones de elegibilidad se realizan en función de las limitaciones de viaje en autobús de ruta fija causadas por su discapacidad y se adaptan a sus habilidades individuales. Puede calificar para el servicio temporal, parcial (condicional) o completo (incondicional).

Tenga en cuenta que Skagit Transit Paratransit no puede transportar personas con afecciones o síntomas médicos para los que se necesita un mayor nivel de atención para el transporte. Skagit Transit Paratransit no transportará a nadie cuya condición cambie y parece evitar que sea transportado de manera segura.

Después de recibir su solicitud completa, es posible que deba visitar la estación de Skagit para una evaluación en persona. La evaluación no tiene costo y se proporcionará transporte si es necesario. Un representante de elegibilidad se comunicará con usted después de que se haya recibido la solicitud completa para programar una cita.



## Formulario de solicitud del Servicio de paratransito

### ¡Gracias por su interés en el Servicio de paratransito de Skagit Transit!

Todas las personas que quieran ser elegibles para recibir el Servicio de paratransito deben completar el proceso de elegibilidad que comienza con la compleción de este formulario de solicitud y puede incluir una evaluación presencial. Para obtener más información, consulte la guía del usuario de Paratransito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) en nuestro sitio web, [www.skagittransit.org](http://www.skagittransit.org), recoja una copia en Skagit Station o solicite una copia por correo.

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia para completar este formulario de solicitud, estamos encantados de ayudarle. Comuníquese con nuestro instructor de tránsito al (360) 757-9191 para recibir asistencia.

### INSTRUCCIONES

Antes de presentar el formulario de solicitud:

1. Lea la guía del usuario de Paratransito de la ADA.
2. Complete todas las secciones de este formulario de solicitud.
3. Asegúrese de que el solicitante o, si corresponde, el tutor legal o el apoderado firme esta solicitud. Se necesita una firma antes de procesar las solicitudes.
  - Si tiene un tutor legal, este debe firmar la solicitud.
  - El padre, la madre o el tutor legal de un menor debe firmar la solicitud.

### ANEXOS ADICIONALES NECESARIOS PARA UN TUTOR LEGAL O APODERADO

- Proporcione copias de las actuales Cartas de tutela y del documento de la Orden de asignación de tutor del tribunal.
- La documentación del apoderado debe incluir la documentación actual que otorga al apoderado el derecho a firmar un formulario de alta médica en nombre del solicitante.

**Su solicitud del servicio no estará completa hasta que se proporcione toda la información necesaria a Skagit Transit y haya realizado todas las evaluaciones presenciales requeridas.**

**Las solicitudes incompletas se devolverán sin procesar. La evaluación no tiene ningún costo y se le brindará traslado si lo necesita.**

¿Tiene preguntas? Consulte la **Guía del usuario**, llame al **360-757-9191** o envíe un correo electrónico a: [Eligibility@skagittransit.org](mailto:Eligibility@skagittransit.org)

**Puede devolver las solicitudes completadas a través de los siguientes medios:**

**Entrega en mano a:**

Servicio de atención al cliente en Skagit Station o  
Cualquier operador de paratrásito

**Fax:** (360) 757-4032

Atn.: Especialista en elegibilidad  
**Servicio Postal de los EE. UU. o entrega en mano:**

Especialista en elegibilidad  
Skagit Transit  
600 County Shop Lane  
Burlington, WA 98233

## Información del solicitante

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

teléfono móvil \_\_\_\_\_

teléfono de casa \_\_\_\_\_

dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

## Lugar de recogida principal *(su casa o el lugar donde comienza la mayoría de los viajes)*

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto./Unidad \_\_\_\_\_

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

## Dirección postal *(si difiere de la anterior)*

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto./Unidad \_\_\_\_\_

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

## Contacto de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

**Responda todas las preguntas que figuran a continuación.** Para evitar retrasos, proporcione respuestas completas y detalladas. Se necesita una firma al final de este formulario (pág. 8). Su elegibilidad para recibir los servicios de paratransito dependerá de si su discapacidad o afección no le permite utilizar el servicio de autobuses de ruta fija según se describe en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

## Discapacidad o afección

Enumere todas las discapacidades o afecciones **específicas** que no le permiten utilizar el servicio de autobuses de ruta fija.

¿Su discapacidad o afección es temporal?

No  Sí  Si la respuesta es Sí, ¿cuánto durará? \_\_\_\_\_

¿Su discapacidad o afección varía día a día?

No  Sí  Si la respuesta es Sí, explique:

¿Su discapacidad o afección no le permite o limita su capacidad de viajar solo en transporte público?

No  Sí  Si la respuesta es Sí, explique:

## Su lugar de recogida

Es posible que nuestro vehículo de paratransito no pueda llegar a su lugar de recogida si hay calzadas empinadas, calles angostas o si no hay lugar para girar. Esto no afectará su elegibilidad, pero necesitamos saber si el acceso podría ser un problema.

No  Sí  Si la respuesta es Sí,

# Lista de verificación de capacidades

No	Sí	A veces	Marque la casilla que corresponda.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo realizar mis actividades cotidianas habituales.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Camino despacio.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo sujetar barandas y picaportes.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo manipular monedas y billetes.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conozco y puedo transmitir mi dirección y mi número de teléfono.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo reconocer lugares y puntos de referencia.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo enfrentar situaciones imprevistas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo pedir, entender y seguir indicaciones.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo cruzar calles transitadas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo desplazarme donde el terreno no es plano o es irregular.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo desplazarme cuando hay nieve o hielo.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo desplazarme cuando hace mucho calor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo desplazarme en la oscuridad o con poca luz.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo subir tres (3) escalones.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo viajar si alguien me ha indicado el camino.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo desplazarme desde la puerta de entrada hasta el bordillo.

Explique las respuestas negativas:

# Lista de verificación de afecciones

Marque todas las opciones que se apliquen a usted:

Problemas de equilibrio

Por favor explique:

Condición de respiración limitante

Por favor explique:

Daño cerebral

Por favor explique:

Enfermedad mental

Por favor explique:

Fractura

Por favor explique:

Limitación significativa de actividad

Por favor explique:

Enfermedad degenerativa

Por favor explique:

Rehabilitación de Cirugía

Por favor explique:

Amputación

Discapacidad del desarrollo

Asistencia requerida

Discapacidad auditiva

Discapacidad Cognitiva

Parálisis

Demencia / Alzheimer

Convulsiones

Mudo

Discapacidad visual

## Ayudas para la movilidad

Cuando se desplaza fuera de su casa, ¿qué ayudas para la movilidad utiliza? Marque todas las opciones que correspondan:

Ninguna

Silla de ruedas eléctrica

Bastón

Silla de ruedas manual

Bastón blanco

Moto eléctrica

Andador

Asistente de cuidado personal

Oxígeno portátil

Animal de servicio

Otras (*especifique*) \_\_\_\_\_

## Información sobre la moto o la silla de ruedas

Si utiliza una moto o una silla de ruedas, responda las siguientes preguntas:

¿De qué tamaño es su moto o silla de ruedas?

Ancho: \_\_\_\_\_ pulgadas  
(de lado a lado)

Largo: \_\_\_\_\_ pulgadas  
(desde adelante hasta atrás)

¿Usted y su moto o silla de ruedas en conjunto pesan más de 600 libras?

No  Sí

Si la respuesta es Sí, ¿cuál es su peso en conjunto?  
\_\_\_\_\_ libras

No lo sé

### Capacidades de movilidad

¿Cuánta distancia puede desplazarse solo (caminando o usando sus ayudas para la movilidad)?  
\_\_\_\_\_

Si estuviera esperando para viajar, ¿podría:

quedarse parado 10 minutos?  No  Sí

quedarse sentado 10 minutos?  No  Sí

¿Utiliza actualmente el servicio de autobuses de ruta fija?  No  Sí

Si la respuesta es No, ¿por qué no ha utilizado el servicio de autobuses de ruta fija? Marque todas las opciones que correspondan:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca lo he intentado.                             | <input type="checkbox"/> Necesito que alguien me muestre cómo hacerlo.     |
| <input type="checkbox"/> Me cuesta subir y bajar del autobús.               | <input type="checkbox"/> Me cuesta reconocer las paradas de los autobuses. |
| <input type="checkbox"/> Me cuesta ir hasta la parada del autobús y volver. | <input type="checkbox"/> Otra _____<br>(especifique)                       |

## Comunicaciones de Skagit Transit

Skagit Transit can provide you with automated alerts regarding your scheduled rides. Please check the box of any alerts you would like to receive:

1. Recordatorio la noche anterior al viaje programado:

Mensaje de texto

Correo electronico

Mensaje de voz

2. Confirmación de reserva de viaje:

Mensaje de texto

Correo electronico

3. Confirmación de cancelación de viaje:

Mensaje de texto

Correo electronico

4. Vehículo aproximadamente a 5 minutos de llegar:

Mensaje de texto

Correo electronico

Mensaje de voz

5. Cuando llegue su vehículo:

Mensaje de texto

Correo electronico

Dirección de correo electrónico para recibir alertas

Número de celular para recibir alertas

*Número de teléfono para recibir alertas de correo de voz*

## Información adicional

Enumere cualquier otra cosa que quiera informarnos sobre su discapacidad, su afección o sus capacidades. También enumere todas las inquietudes que tenga sobre los viajes en autobús.



## Verificación profesional y divulgación de información

Proporcione la información de contacto de al menos un proveedor de atención profesional que pueda brindarnos información detallada y relevante sobre su discapacidad o afección.

Nombre \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Suite \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

---

Nombre \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Suite \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de fax \_\_\_\_\_

---

### Divulgación de información médica

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a los proveedores mencionados y a su  
(*nombre del solicitante*)

personal administrativo a proporcionarle información a Skagit Transit sobre mis capacidades funcionales y mis diagnósticos médicos para que verifiquen mi elegibilidad para recibir el servicio de paratransito. Comprendo que esta autorización caduca dentro de un año. También puedo revocar esta autorización en cualquier momento si envío una notificación por escrito a Skagit Transit.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Persona que ayuda a firmar la  
solicitud (*si corresponde*)

\_\_\_\_\_  
Nombre en  
letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

# Declaración

Comprendo que la elegibilidad para recibir el servicio de paratransito se rige por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), y es para personas cuya discapacidad o afección no les permite utilizar el servicio de autobuses de ruta fija.

Comprendo que brindar información falsa es ilegal (RCW 9A.72.085 y RCW 40.16.030) y que por esto podría perder acceso a los servicios de paratransito.

Comprendo que Skagit Transit me podría pedir que participe en una evaluación de capacidad o una verificación profesional de mis capacidades.

Comprendo que Skagit Transit no utilizará la información que brinde para ningún otro propósito que no sea determinar mi elegibilidad o brindarme un servicio; mantendrá la confidencialidad de la información y no la compartirá sin mi permiso escrito.

Comprendo que llenar y presentar esta solicitud no me garantiza la obtención del servicio de paratransito; el servicio está sujeto a elegibilidad según la ubicación (dirección) y la capacidad para acceder al servicio de autobuses de ruta fija.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Persona que ayuda a firmar la  
solicitud (*si corresponde*)

\_\_\_\_\_  
Nombre en  
letra de molde

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dpto./Unidad \_\_\_\_\_

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

**\*Si no firma este formulario, se le devolverá la solicitud para que la complete\***



Nombre del cliente (impreso)-

Firma del cliente-

Fecha-

Se supone que usted o un representante de su centro de atención programarán las solicitudes de transporte de Paratransit en su nombre. Enumere los nombres de las personas adicionales que autoriza a programar viajes en su nombre.

Este documento autoriza a las siguientes personas a programar viajes de Paratransit:

Doble siguiendo la línea punteada

---

U.S.  
Postage  
Required

-----  
-----  
-----

**Skagit Transit**  
**ATTN: Eligibility Department**  
**600 County Shop Lane**  
**Burlington, WA**  
**98233-9772**