



-Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)-

-Solicitud de Certificación de Elegibilidad para Transporte-

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) federal requiere que se ofrezcan servicios de transporte público equivalentes a las personas con discapacidades que no pueden, debido a su discapacidad, utilizar un sistema de autobús de ruta fija.

ADA Paratransit (el paratransito estipulado por la ADA) es un servicio de viaje compartido con reserva anticipada para las personas con discapacidades físicas, cognitivas o visuales que no pueden usar de manera independiente el servicio de autobús de ruta fija, ya sea todo el tiempo, para algunos viajes específicos o temporalmente en ciertas circunstancias.

La elegibilidad para utilizar el servicio ADA Paratransit no se basa en los ingresos, la condición de veterano, las barreras lingüísticas, las preocupaciones sobre la seguridad ni la capacidad de una persona para conducir.

Instrucciones

Este paquete incluye la solicitud de elegibilidad, que debe completar el solicitante, y el formulario de verificación médica que debe completar y firmar un profesional médico autorizado, que puede ser, entre otros, un médico, enfermero con práctica médica, fisioterapeuta, psicólogo o trabajador social clínico autorizado.

Todas las preguntas de esta solicitud deben responderse en su totalidad y se debe completar el formulario de verificación médica, de lo contrario el proceso de solicitud se considerará incompleto y se devolverá, lo que retrasará el procesamiento. Cuanta más información detallada usted pueda proporcionar, mejor podrá Skagit Transit tomar la determinación más adecuada con respecto a sus necesidades de transporte. Toda la información permanecerá confidencial.

Ocasionalmente, puede ser necesario realizar una inspección para determinar cuál es la zona más segura para abordar el transporte en la dirección de su servicio.

Una vez que se haya recibido toda la información, se tomará una determinación sobre su elegibilidad en un plazo de 21 días, y se le notificará por escrito.

¿Tiene preguntas? Consulte la Guía del usuario de paratransito, llame al 360-757-9191 o envíe un correo electrónico a Eligibility@skagittransit.org. Las solicitudes completadas pueden enviarse por

fax al:

360-757-4032

Entregar en mano en:

Correo de EE. UU. o entregar en mano en:

Servicio al Cliente de la Estación Skagit

Departamento de Elegibilidad

Cualquier Operador de Paratransito

600 County Shop Lane

Nota: No se aceptan solicitudes por correo electrónico Burlington, WA 98233

Las solicitudes sin firmas no serán procesadas. No olvide incluir un comprobante de tutela o poder notarial, si corresponde.

Información del solicitante

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Teléfono del hogar _____

Teléfono móvil _____ Idioma principal _____

Dirección de correo electrónico _____

Ubicación principal para pasar a recogerlo(a) (la dirección de su casa o lugar donde usted comenzará la mayoría de los viajes)

Nombre del establecimiento, complejo de apartamentos o parque de casas móviles, si corresponde _____ Dirección _____

N.º apt./unidad/espacio _____ Ciudad ____ Estado _____

Código postal _____

Puede ser difícil para nuestros vehículos llegar al lugar donde hay que recogerlo(a) si hay entradas empinadas, caminos estrechos o calles sin salida y sin espacio para dar la vuelta. Esto no afectará su elegibilidad, pero necesitamos saber si el acceso podría ser un problema:

___ NO ___ SÍ Si es así, por favor explique: _____

Dirección postal (si es diferente de la anterior)

Dirección _____ N.º apt./unidad/espacio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto en caso de emergencia

Apellido _____ Nombre _____

Número de teléfono _____ Relación o parentesco _____

Al proporcionar números de contacto de emergencia/alternativos, usted autoriza a Skagit Transit a comunicarse con las personas indicadas con respecto a su servicio de paratransito.

Sírvase indicar cualquier otra persona o establecimiento que usted autorice para gestionar su servicio de paratransito en su nombre:

Responda todas las secciones siguientes. Para evitar retrasos, proporcione respuestas completas y detalladas.

Discapacidad o afección

Indique las discapacidades o afecciones específicas que le impedirían utilizar el servicio de autobús de ruta fija:

¿Su discapacidad o afección es temporal?

NO SÍ Si responde sí, ¿por cuánto tiempo solicita el servicio? _____

¿Su discapacidad o afección varía de un día a otro?

NO SÍ Si responde sí, por favor explique: _____

Aptitudes para viajar

¿Hasta dónde puede desplazarse de forma independiente (caminando o usando sus dispositivos de movilidad)?

Si estuviera esperando que lo/la pasen a recoger, podría usted:

¿Estar de pie 10 minutos? SÍ NO

¿Estar sentado(a) 10 minutos? SÍ NO

¿Utiliza actualmente el servicio de autobús de ruta fija? SÍ NO

Si no lo utiliza, ¿por qué no? Marque todas las respuestas que correspondan.

- Nunca he probado Necesito que alguien me enseñe cómo
- Tengo dificultad para subir o bajar del autobús Tengo dificultad para reconocer las paradas de autobús
- Tengo dificultad para viajar hacia/desde la parada de autobús Otra razón (especifique cuál)

¿Necesita viajar con un asistente de cuidados personales (PCA)? *Un asistente PCA es una persona designada o empleada específicamente para ayudarle con sus necesidades personales.* (Skagit Transit no proporciona este servicio).

NO Viajará con un PCA a discreción suya.

SÍ No puede viajar solo(a) y siempre necesitará estar acompañado por un PCA.

Lista de aptitudes

Puedo realizar mis actividades diarias habituales.	SÍ	NO	A VECES
Debo caminar despacio	SÍ	NO	A VECES
Puedo agarrar barandillas y manijas	SÍ	NO	A VECES
Puedo manipular monedas y boletos	SÍ	NO	A VECES
Sé mi dirección y mi número de teléfono y puedo decir cuáles son	SÍ	NO	A VECES
Puedo reconocer lugares y puntos de referencia	SÍ	NO	A VECES
Puedo manejar situaciones inesperadas	SÍ	NO	A VECES
Puedo pedir, entender y seguir instrucciones	SÍ	NO	A VECES
Puedo cruzar calles concurridas	SÍ	NO	A VECES
Puedo viajar donde el terreno no es nivelado o es áspero	SÍ	NO	A VECES
Puedo viajar cuando hay nieve y hielo	SÍ	NO	A VECES
Puedo viajar en clima muy caluroso	SÍ	NO	A VECES
Puedo viajar en la oscuridad o con poca luz	SÍ	NO	A VECES
Puedo subir tres (3) escalones	SÍ	NO	A VECES
Puedo viajar si alguien me ha mostrado el camino	SÍ	NO	A VECES
Puedo ir desde la puerta de mi casa hasta el borde de la acera	SÍ	NO	A VECES

Por favor explique cuando la respuesta sea "NO":

Lista de afecciones

Sírvase marcar todas las opciones que correspondan en su caso y proporcione una explicación para cada una:

AFECCIÓN	EXPLICACIÓN
___ Problemas de equilibrio	_____
___ Lesión cerebral	_____
___ Fractura- <i>incluir fecha(s)</i>	_____

- Enfermedad degenerativa _____
- Problema cardíaco _____
- Afección que limita la respiración _____
- Enfermedad mental _____
- Limitación significativa de la actividad _____
- Rehabilitación quirúrgica- *incluir fecha* _____
- Discapacidad del desarrollo _____
- Amputación _____
- Discapacidad visual _____
- Discapacidad cognitiva _____
- Demencia/Alzheimer _____
- Discapacidad auditiva _____
- Parálisis _____
- Convulsiones _____

INFORMACIÓN ADICIONAL
<i>Indique cualquier otra cosa que desee que sepamos sobre su discapacidad, sus afecciones o aptitudes</i>

Ayudas para la movilidad

Cuando viaja fuera de la casa, ¿qué ayudas para la movilidad utiliza? Marque todas las respuestas que correspondan.

- Ninguna
 - Bastón
 - Bastón blanco
 - Andador
 - Oxígeno portátil
 - Silla de ruedas eléctrica _____
 - Silla de ruedas manual _____
 - Patinete de tres o cuatro ruedas _____
 - Perro de servicio _____
 - Otra (especifique) _____
-
-

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

(Skagit Transit debe tener esta información para programar los viajes con eficacia).

¿Cuál es el tamaño de su silla de ruedas o patinete? *Se requieren medidas precisas*

Ancho: _____ pulgadas
De lado a lado

Largo: _____ pulgadas
De adelante hacia atrás

¿El peso total de usted y su

silla de ruedas o patinete es de más de 800 libras? ___ SÍ ___ NO

Si es así, ¿cuál es el peso total? ___ libras. ___ No sabe

Comunicaciones

Skagit Transit puede proporcionarle alertas automáticas sobre sus viajes programados.

Seleccione todas las alertas de la siguiente lista que le gustaría recibir. Puede cambiar sus preferencias más adelante si sus necesidades cambian.

- ❖ Recordatorio la noche anterior al viaje programado
 ___ Texto ___ Correo electrónico ___ Llamada / Mensaje grabado
- ❖ Confirmación de reserva del viaje
 ___ Texto ___ Correo electrónico
- ❖ Confirmación de cancelación del viaje
 ___ Texto ___ Correo electrónico
- ❖ Cuando el vehículo se encuentra aproximadamente a cinco (5) minutos de distancia
 ___ Texto ___ Correo electrónico ___ Llamada / Mensaje grabado
- ❖ Cuando llega el vehículo
 ___ Texto ___ Correo electrónico

Dirección de correo electrónico para recibir alertas: _____

Número de teléfono celular para recibir alertas: _____

Número de teléfono para recibir alertas: _____

Declaración

Entiendo que la elegibilidad para el servicio de paratransito está regida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y es para personas a quienes una discapacidad o afección les impide usar el servicio de autobús de ruta fija.

Entiendo que proporcionar información falsa infringe la ley (RCW 9A.72.085 y RCW 40.16.030) y podría hacer que se pierda acceso a los servicios de paratransito.

Entiendo que Skagit Transit no utilizará la información que yo proporcione para ningún otro propósito que no sea determinar mi elegibilidad o brindarme el servicio, y la mantendrá confidencial y no la compartirá sin mi permiso escrito.

Entiendo que completar y enviar esta solicitud no garantiza el servicio de paratransito; el servicio está sujeto a la elegibilidad basada en mi ubicación (domicilio) y mi capacidad de acceder al servicio de autobús de ruta fija.

Firma del solicitante

Fecha

Persona que ayuda con la firma de la solicitud

Nombre en letra de molde Fecha

Relación con el solicitante

Número de teléfono

Domicilio Apto./unidad

Ciudad

Estado

Código postal

La falta de firma en este formulario tendrá como resultado que se me devuelva la solicitud para que la complete



SKAGIT TRANSIT

-Autorización para entregar información médica-

-Debe completarla el solicitante-

Autorizo al siguiente profesional autorizado (médico, terapeuta, trabajador social, etc.), quien puede verificar mi discapacidad o afección relacionada con la salud, a entregar esta información a Skagit Transit. Esta información solo se utilizará para verificar mi elegibilidad para los servicios de paratransit. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento.

Nombre del profesional que puede entregar mi información

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono diurno: () _____

Número de expediente médico o documento de identidad, si se conoce: _____

FIRME AQUÍ:

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____



Esto concluye la parte del solicitante en el formulario. Pida a su médico tratante que revise su solicitud y complete el formulario de verificación del profesional médico. El paquete completo (solicitud y formulario de verificación del profesional médico) debe completarse y enviarse a Skagit Transit para iniciar el proceso de determinación de elegibilidad. Si tiene preguntas sobre este proceso, llame al 360-757-9191.



SKAGIT TRANSIT

-Formulario de verificación del profesional médico-

-Debe completarlo un profesional médico o de salud mental autorizado-

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Verificación del profesional médico o de salud mental autorizado

Marque una opción:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico (MD) | <input type="checkbox"/> Optometrista | <input type="checkbox"/> Psicólogo (Ph.D.) |
| <input type="checkbox"/> Médico ortopédico | <input type="checkbox"/> Neurólogo | <input type="checkbox"/> Psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Enfermero con práctica médica | <input type="checkbox"/> Especialista en columna vertebral | <input type="checkbox"/> LCSW |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta / Terapeuta ocupacional | <input type="checkbox"/> Oftalmólogo | |

Especialista con certificación en orientación y movilidad

Instrucciones Este solicitante está solicitando los servicios de transporte ADA Paratransit de Skagit Transit. De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, el servicio ADA Paratransit se ofrece únicamente a personas que, debido a una discapacidad, no pueden utilizar el autobús de ruta fija regular. Todos los autobuses de transporte público de Skagit Transit están equipados con rampas/elevadores para personas que no pueden subir escaleras.

El solicitante podría estar impedido de cualquiera de las siguientes maneras: 1) no puede llegar de forma independiente a una parada de autobús, subir o bajar del autobús, o lograr llegar a un destino, o 2) es incapaz de entender cómo realizar un viaje en autobús.

Para el beneficio del solicitante, responda las siguientes preguntas de la manera más completa y precisa posible. Sea específico al responder las preguntas o escriba N/A (no corresponde, en inglés). Las respuestas incompletas harán que se le devuelva la solicitud al solicitante. Toda la información sobre la salud se mantendrá confidencial. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Elegibilidad de Skagit Transit llamando al 360-757-9191.

Envíe por fax el formulario completado (formulario de verificación y resumen) al Departamento de Elegibilidad de Skagit Transit al **360-757-4032**.

Muchas gracias.

-Formulario de verificación del profesional médico (cont.)-

1. Basándose en lo que usted sabe de la afección del solicitante, ¿es correcta la información proporcionada en su solicitud de ADA Paratransit?

SÍ HASTA CIERTO PUNTO NO

Si marcó "HASTA CIERTO PUNTO" o "NO", por favor explique:

2. ¿Qué afecciones específicas contribuyen a las limitaciones de movilidad y/o cognitivas del solicitante?

Por favor, defina el grado de discapacidad e incluya la agudeza visual, si corresponde.

NOTA: La edad o la incapacidad para conducir no son factores calificativos.

DIAGNÓSTICO _____

DISCAPACIDAD _____

FECHA DE INICIO _____

GRADO DE DISCAPACIDAD _____

Por favor, explique cómo la discapacidad del solicitante le impide usar el sistema de autobuses regular:

3. La discapacidad que impide al solicitante acceder al sistema regular de autobuses es:
 Permanente Temporal - Fecha prevista de recuperación:

¿Alguna de las siguientes aptitudes se ve afectada por la discapacidad del solicitante de tal manera que le **impida** el uso de nuestro servicio de autobús de ruta fija? (marque todas las respuestas que correspondan).

Viajar solo(a) fuera de la casa

Salir de la casa a tiempo

Buscar y seguir instrucciones

Encontrar el camino hacia/desde una parada de autobús

Cruzar calles

Subir, viajar y bajar de un autobús

Bajarse en el destino correcto

Trasbordar a un segundo autobús

Lidiar con situaciones inesperadas

Controlar la hora

¿Alguno de los siguientes aspectos se ve afectado por la discapacidad del solicitante de tal manera que impida el uso de nuestro servicio de autobús de ruta fija? (marque todas las respuestas que correspondan).

Juicio

Memoria a corto plazo

Capacidad de afrontar un problema

Orientarse, reconocer un problema

Concentración

Memoria a largo plazo

Atención a lo que está haciendo

Comunicación

Resolver problemas



SKAGIT TRANSIT

-Certificación médica para el servicio de paratransito- -RESUMEN DE LA EVALUACIÓN-

Para ser elegible para el paratransito, una persona debe tener una discapacidad que le impida usar nuestro servicio de autobús de ruta fija. El que un solicitante se sienta incómodo o le resulte inconveniente usar nuestro servicio de autobús de ruta fija no es fundamento para que sea elegible y no se tomará en cuenta.

- En su opinión profesional, ¿es esta persona capaz de trasladarse de forma independiente por la comunidad en un autobús urbano de ruta fija, con poca o ninguna asistencia?
___SÍ ___NO
- Por favor, explique por qué esta persona es o no es capaz de viajar de forma independiente en un autobús urbano de ruta fija:

- Información médica adicional relevante adjunta ___SÍ ___NO
- ¿Cuál es la naturaleza de su práctica médica? (por ejemplo, medicina familiar/general, medicina interna, psiquiatría, cardiología, etc.)

Soy un profesional médico matriculado y autorizado como se describió anteriormente; certifico que la información en este formulario y cualquier información adicional presentada en él es verdadera y correcta. Con el consentimiento del solicitante, acepto entregar las partes relevantes de la historia clínica de este solicitante a pedido de Skagit Transit.

Firma del médico _____

Fecha _____

Información del médico matriculado (escriba, imprima o selle):

Apellido	Nombre	Segundo nombre
Número de licencia	Número de teléfono	Número de fax
Dirección profesional		