

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

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

Entrega manual a:

Servicio de atención al cliente en Skagit Station, o
Cualquier operador de paratransito

Fax: (360) 757-7983 Atn.:
Eligibility Specialist

Correo EE. UU. o entrega manual:

Eligibility Specialist
Skagit Transit
600 County Shop Lane
Burlington, WA 98233

Información del solicitante

Apellido _____	Inicial del segundo nombre _____
Nombre _____	_____
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____	N.º de teléfono del hogar _____
Idioma principal _____	N.º de teléfono celular _____

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 aparecen a continuación. Para evitar retrasos, proporcione respuestas completas y detalladas. Debe firmar la parte inferior de este formulario (página 7). Su elegibilidad para 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

¿Qué discapacidad o afección no le permite utilizar el servicio de autobús de ruta fija?

¿Su discapacidad o afección es temporaria?

No Sí Si respondió que Sí, ¿cuánto durará? _____

¿Varía su discapacidad o afección de un día al otro?

No Sí Si respondió que Sí, explique:

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

No Sí Si respondió que Sí, explique:

Su ubicación de recogida

Es posible que nuestro vehículo de paratransito no pueda llegar a su ubicación 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 a su ubicación puede ser problemático.

No Sí Si respondió que Sí, explique:

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 pomos.
<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 telefónico.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo reconocer ubicaciones 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 instrucciones.
<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 mi puerta delantera hasta el bordillo.

Información adicional

Enumere cualquier otra cosa que desea que sepamos sobre su discapacidad o afección. También enumere sus inquietudes relacionadas con viajar en autobús (utilice el reverso de la hoja si lo necesita).

Lista de verificación de afecciones

Marque todas las casillas que correspondan:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Débil |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales |
| <input type="checkbox"/> Lesiones cerebrales | <input type="checkbox"/> Mudo |
| <input type="checkbox"/> Afección respiratoria | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva | <input type="checkbox"/> Dolor |
| <input type="checkbox"/> Desorientación | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Necesita diálisis | <input type="checkbox"/> Impedimento visual |
| <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo | <input type="checkbox"/> Restricción significativa de la actividad |

Medios auxiliares de movilidad

Cuando se desplaza fuera de su casa, ¿qué medios auxiliares de movilidad utiliza?

Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo/de cuatro apoyos | <input type="checkbox"/> Moto eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Otros (<i>especifique</i>) _____ | |

Información sobre la silla de ruedas o moto

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

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

Ancho: _____ pulgadas
(de lado a lado)

Largo: _____ pulgadas
(desde adelante hasta atrás)

¿Usted y su silla de ruedas o moto combinados pesan más de 600 libras? No Sí

Si la respuesta es Sí,

¿cuál es su peso combinado? _____ libras No lo sé

Capacidades de movilidad

¿Cuánta distancia puede desplazarse solo (con ayuda de los medios auxiliares de movilidad)? _____

Si estuviera esperando para viajar, ¿podría:

quedarse parado 10 minutos? No Sí

quedarse sentado 10 minutos? No Sí

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

Si la respuesta es No, ¿por qué no ha utilizado el servicio de autobús de ruta fija?

Marque todas las opciones que correspondan:

Nunca lo he intentado.

Necesito que alguien me muestre cómo hacerlo.

Me cuesta subir y bajarme del autobús.

Tengo problemas para reconocer las paradas de los autobuses.

Me cuesta ir hasta la parada del autobús y volver.

Otras: _____
(especifique)

Verificación profesional y divulgación de información

Proporcione la información de contacto de al menos un proveedor de atención profesional que pueda enviarnos información detallada 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 _____

Autorización relacionada con la información médica

Yo, _____, autorizo al proveedor mencionado y al personal
(*nombre del solicitante*)

de su oficina a proporcionarle información a Skagit Transit sobre mis capacidades funcionales y mis diagnósticos médicos para que verifiquen mi elegibilidad para 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 con la firma
de la solicitud (*si corresponde*)

Nombre en letra de molde

Fecha

Relación con el solicitante _____ N.º de teléfono _____

Declaración

Comprendo que la elegibilidad para el servicio de paratransito se rige por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), y es para gente cuya discapacidad o afección no le permite utilizar el servicio de autobús 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 enviar esta solicitud no me garantiza la obtención del servicio de paratransito; el servicio está sujeto a elegibilidad basada en ubicación (dirección) y capacidad para acceder al servicio de autobuses de ruta fija.

Firma del solicitante

Fecha

Persona que ayuda con la firma
de la solicitud (*si corresponde*)

Nombre en letra de molde

Fecha

Relación con el solicitante _____ N.º de teléfono _____

Dirección _____ Dpto./unidad _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Información adicional

Utilice este espacio para brindarle a Skagit Transit cualquier información adicional que pueda ser pertinente para su solicitud.