



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, 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 ayudarlo. 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: custserv@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) 757-7983 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Debilidad |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> Daño cerebral | <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"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva | <input type="checkbox"/> Limitación significativa de la actividad |

Si marcó alguna de las opciones anteriores, explique:

Ayudas para la movilidad

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <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"/> Otras (<i>especifique</i>) _____ | |

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? Sí
No

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 _____
(especifique) |

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

Doble siguiendo la línea punteada

Se necesita
el sello
de los
EE. UU.

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