

Tri Delta Transit ADA Paratransit Application Packet.

Este paquete contiene lo siguiente:

- 1) Información / instrucciones para completar su solicitud (páginas 2-3)
- 2) Aplicación ADA paratransito (páginas 4 - 12)
- 3) Formulario de verificación médica que debe completar su profesional médico (páginas 13 - 15)





TRI DELTA TRANSIT

Eastern Contra Costa Transit Authority
801 Wilbur Avenue • Antioch, California 94509
Phone 925.754.6622 Fax 925.757.2530

Información importante sobre la solicitud de servicio de paratransito conforme a la ADA

Elegibilidad para el servicio de paratransito conforme a la ADA

La elegibilidad es determinada caso por caso según la Americans with Disabilities Act (ADA). La condición de discapacidad está estrictamente limitada a aquellas personas cuyas limitaciones le impiden utilizar los servicios de transporte de ruta fija. Si se determina que usted puede utilizar los servicios de autobús de ruta fija, no será elegible para recibir los servicios de paratransito conforme a la ADA.



Para solicitar la elegibilidad, debe completar y devolver la solicitud adjunta y el Formulario de verificación médica. Revisaremos su capacidad para usar el transporte de ruta fija accesible. Después de revisar su solicitud y la información provista por su profesional de la salud, es posible que necesitemos contactarlo por teléfono o programar una entrevista personal o una evaluación funcional. La evaluación funcional nos ayudará a determinar su capacidad para realizar un viaje de transporte público.

Una vez que se reciba su solicitud completa y el formulario de verificación médica, su solicitud será procesada dentro de los 21 días. Recibirá un aviso de su determinación de elegibilidad por correo.

Si recibe la certificación de elegibilidad conforme a la ADA, usted puede usar el sistema de paratransito de Tri Delta Transit y también los sistemas de paratransito de los nueve condados del Área de la Bahía. Si se determina que no es elegible y no está de acuerdo con esa determinación, usted tiene el derecho de apelar. Si su elegibilidad es denegada, recibirá información sobre cómo presentar una apelación junto con la carta de la determinación de su elegibilidad.

Instrucciones para solicitar servicio de paratransito conforme a la ADA

1. Complete la solicitud completa: IMPRIMA O Tipee las respuestas completas a todas las preguntas en el formulario de solicitud. Si alguna pregunta no es respondida, su solicitud será considerada incompleta. Aplicaciones incompletas serán regresadas..
2. Firme las siguientes dos paginas:
 - 1) Pagina 10: Certificación del solicitante
 - 2) Pagina 12: Formulario de divulgación médica
3. Haga que su médico o profesional médico complete el formulario de Verificación médica, páginas 13 – 15
4. Si necesita un asistente de cuidado personal, llene y firme el formulario llamado *Certificación para un Asistente de Cuidado Personal* (página 9).
5. Traiga la solicitud debidamente llenada y el formulario HIPAA firmado en un sobre a nuestras oficinas (801 Wilbur Avenue, Antioch, CA 94509), o envíela por correo en el sobre adjunto con nuestra dirección preimpresa.

- Si necesita ayuda con el proceso de solicitud, llame al (925) 754-6622.
- Toda la información que usted provea en su solicitud se mantendrá estrictamente confidencial.

Solicitud de Servicio Paratrásito a la ADA

(Por favor escriba en letra de imprenta)

Nombre (primero, segundo, apellido): _____

Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

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

_____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono (cell): (____) _____ TDD/TTY: (____) _____

Teléfono (casa): (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mujer Hombre

Idioma principal (marque uno): Inglés Otro (especifique) _____

Si necesita que le enviemos cualquier información por escrito en un formato accesible, por favor indique el formato que prefiere:

- CD Audiocasete Braille Letra grande
 Otro _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: _____

Relación: _____

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

Si hay una emergencia médica, ¿dónde quieres que ser transportado?

Hospital: _____ Ciudad: _____

Infórmenos sobre su discapacidad o condición de salud

Por favor responda detalladamente a estas preguntas. Sus respuestas específicas nos ayudan a poder determinar su elegibilidad.

1. ¿Qué **discapacidad o condiciones de salud le IMPIDEN** 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 comenzó a notar las condiciones que describió arriba?

Hace menos de un año Hace entre 1-5 años
 Hace más de 5 años

4. Estas condiciones que describió, ¿cambian de día en día de una manera que impactan su capacidad para usar el transporte público?

Sí, algunos días estoy bien, otros días estoy mal.
 No, no cambian. No sé.

5. Las condiciones que describió son:

Permanentes Temporales No sé

Si son temporales, ¿por cuánto tiempo cree que durarán?

Háblenos de sus capacidades y actividades habituales

6. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos 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 dispositivo _____
7. Marque la casilla que mejor describa su situación de vida actual:
- Recibo atención 24 horas al día o vivo en un Centro de enfermería especializada
- Vivienda asistida
- Alguien viene a mi casa para ayudarme con mis actividades cotidianas
- Vivo con un familiar que me ayuda
- Vivo de forma independiente (sin ayuda de otra persona)
8. ¿Cuántas cuadras puede desplazarse sin la ayuda de otra persona con el dispositivo de movilidad que usa regularmente?
- _____
9. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor si usted tuviera que esperar afuera por un servicio de transporte? (*Marque solo una*):
- Podría esperar solo/a de diez a quince minutos
- Podría esperar solo/a de diez a quince minutos pero solamente si tuviera donde sentarme y refugiarme de la intemperie
- Necesitaría que alguien me acompañara porque:
- _____
10. ¿Cuál de las siguientes opciones lo describe mejor? (*Marque solo 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

11. ¿Cómo llega sus destinos frecuentes?

(Marque todo lo que corresponda):

- Autobús Paratrásito Manejando yo BART
 Taxi Ferry Tranvía Alguien me lleva
 Otro _____

12. ¿Viaja con la ayuda de otra persona?

- Siempre A veces Nunca

Si contestó "Siempre" o "A veces", ¿cómo lo ayuda?

13. ¿Puede ir venir solo a la parada de transporte público más cercana a su casa?

- Sí No A veces

Si contestó "No" o "A veces" explique por qué:

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

- Sí No A veces No sé, nunca lo he intentado

Si contestó "No" o "A veces" explique por qué:

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

- Sí No A veces No sé, nunca lo he intentado

Si contestó "No" o "A veces" explique por qué:

16. ¿Cree que puede subir o bajar de un autobús de transporte público si tuviera un elevador, una rampa o un sistema de “arrodillado” para bajar la parte delantera del autobús?
- Sí No A veces No sé, nunca lo he intentado
- Si contestó “No” o “A veces” explique por qué:*

17. Por favor añada cualquier otra información sobre sus capacidades que desee compartir con nosotros.

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

LAS SOLICITUDES QUE ESTÉN INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.

Certificación para un Asistente de Cuidado Personal (Opcional)

Un asistente de cuidado personal es una persona que usted necesita para ayudarlo a realizar sus actividades cotidianas (comer, vestirse, aseo personal, cargar paquetes, orientarse, etc.) Un asistente no tiene que ser siempre la misma persona.

Los conductores de paratransito de Tri Delta Transit no son asistentes de cuidado personal. La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) no obliga a Tri Delta Transit a proporcionarle un asistente. ***Tri Delta Transit se reserva el derecho de contactar a su proveedor de cuidados de salud para verificar si usted necesita un asistente.***

Verificación

Yo, _____ certifico que, debido a mi discapacidad o condición de salud, necesito los servicios de un asistente de cuidado personal para que me ayude, y que esa persona viajará conmigo cuando yo utilice los servicios de paratransito.

Comprendo que declarar de manera fraudulenta la necesidad de viajar con un asistente de cuidado personal para evitar pagar el pasaje de un acompañante puede resultar en la cancelación del servicio.

Firma

Fecha

Certificación del solicitante

Yo certifico que la información en esta solicitud es **verdadera y correcta**. Entiendo que falsificar la información intencionalmente dará como resultado la negación del servicio. Entiendo que toda la información será manejada de forma confidencial, y que solo la información necesaria para proporcionar los servicios que solicito será revelada a aquellos que prestan los servicios.

Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar el transporte público, con el fin de ayudar en la determinación de mi elegibilidad.

Firme aquí:

Firma del solicitante _____ Fecha _____

¿Lo ayudó alguien a llenar este formulario? Sí No

Si contestó "Sí", 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.

Responsabilidad del usuario de paratransito

Tri Delta Transit está comprometida a brindar a nuestros clientes un servicio seguro y fiable. La cooperación y el apoyo de nuestros clientes es muy importante para mantener este nivel de servicio. Por ese motivo hemos adoptado las siguientes reglas.

Yo, _____ comprendo que es mi responsabilidad, o la de mi apoderado o conservador, informar a Tri Delta Transit si ocurre un cambio en cualquiera de los siguientes datos mientras estoy registrado en el servicio paratransito de Tri Delta Transit:

- Mi nombre, dirección o número de teléfono
- Nombre o número de teléfono de mi contacto en caso de emergencia
- Tipo de dispositivo de movilidad
- Cambio(s) en mi condición física o mental
- Necesidad de un asistente de cuidado personal

Yo me comunicaré inmediatamente con paratransito de Tri Delta Transit cuando ocurra algún cambio para que ellos actualicen mi expediente de usuario.

Firma

Fecha

Nota: todas las nueve páginas de esta solicitud deberán permanecer unidos. Si la solicitud se recibe sin los nueve páginas, se considera incompleta.

Autorización para divulgar información médica

(Debe ser llenada 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 mi agencia local de transporte público. Esta información solo 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 a divulgar mi información médica:

Dirección:

Historial médico o Número de identificación, si se conoce:

Firme aquí:

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Medical Verification Form

(Su doctor ó profesional de salud mental debe completar ésta forma)

Applicants Name: _____

Date of Birth: _____

Licensed Medical or Mental Health Professional Verification

Please Check one:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medical Doctor (MD) | <input type="checkbox"/> Optometrist | <input type="checkbox"/> Psychologist (Ph.D) |
| <input type="checkbox"/> Orthopedic Doctor | <input type="checkbox"/> Neurologist | <input type="checkbox"/> Psychiatrist |
| <input type="checkbox"/> Nurse Practitioner | <input type="checkbox"/> Spinal Specialist | <input type="checkbox"/> LCSW |
| <input type="checkbox"/> Physical, or Occupational Therapist | | <input type="checkbox"/> Ophthalmologist |
| <input type="checkbox"/> Certified Orientation & Mobility Specialist | | |

Instructions: This individual is applying for Tri Delta Transit Paratransit Services. In accordance with the American's 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 Tri Delta Transit public transit buses are equipped with ramps/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 a bus 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) 754-6622 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 IQ 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 600 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. Tri Delta Transit, in accordance with the American’s with Disabilities Act of 1990, will use the information provided to determine the applicant’s eligibility for Paratransit Services.