



Getting you where you want to go

Proveemos Transporte Cortés y Resolutivo

**SERVICIO DE PARATRÁNSITO Y
SOLICITUD E INFORMACIÓN SOBRE LA
ELEGIBILIDAD DE ADA**

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PARATRÁNSITO DE ADA

Por favor, complete esta solicitud lo mejor que pueda y de la forma más completa posible. Si usted tiene dificultades para responder cualquier pregunta en la solicitud, o si necesita asistencia para completar el formulario, contacte Especialista en Elegibilidad al (928) 679-8911. Para que la solicitud se considere completa, se debe responder **cada** pregunta en la solicitud. No podemos comenzar a procesar su aplicación hasta que esté completa. Si una pregunta no aplica a usted, escriba 'No Aplica' o 'NA'.

El propósito de esta solicitud es proveerle una oportunidad para describir como su discapacidad le impide utilizar el sistema de ruta fija. Esto incluye cualquier barrera ambiental y/o física que le impida utilizar los autobuses de ruta fija. La falta de disponibilidad del servicio de ruta fija no constituye la elegibilidad de una persona que de otra manera podría realizar ese viaje en autobuses, si el servicio estuviera disponible.

La información contenida en esta solicitud se mantendrá de manera confidencial y sólo se compartirá con los profesionales involucrados en la evaluación para su elegibilidad de Mountain Line, u otros si se lo requiere por ley.

Si tiene preguntas sobre la elegibilidad para el paratransito de las ADA o estes formularios, comuníquese con el especialista en elegibilidad al (928) 679-8911. Devuelva las piezas A,B,C a través de

**Fax: (928) 779-6868
Correro: Mountain Line Paratransit/Eligibility
3773 N. Kaspar Dr.
Flagstaff, AZ 86004**

O

En persona en la oficina de Mountain Line

PARTE A - Datos del Solicitante

POR FAVOR IMPRIMA

FECHA _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Apt _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección de Correo Electrónico _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Provea el nombre de la persona que usted quiere que contactemos en caso de emergencia. Seleccione a alguien que no utilizará el transporte con usted.

Nombre _____

Relación con el Solicitante _____

Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____ Teléfono del Trabajo _____

Dirección de Correo Electrónico _____

¿A quién debemos enviarle correspondencia de la información sobre la elegibilidad, los viajes demorados, viajes que no se realizan, etc.? Si es al Gerente del Caso u otra persona, complete la siguiente información:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Relación con el Solicitante _____ Fecha _____

La información sólo se puede mandar a una persona.

A mí

Gerente del Caso

Otra

Para ser completado por cualquier persona que asista al solicitante en completar la solicitud:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Relación con el Solicitante _____ Fecha _____

INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD Y EQUIPO DE MOVILIDAD

Describa la discapacidad que evita que usted utilice un sistema de ruta fija.

¿Su discapacidad se considera permanente? _____ Sí _____ No

Si es no, ¿por cuánto tiempo usted espera tener esta discapacidad? _____

¿Su discapacidad cambia día a día? _____ Sí _____ No

Si es sí, explique: _____

Cuando utiliza el servicio Paratrásito, ¿su discapacidad requiere que usted viaje con un asistente de cuidado personal (PCA, por sus siglas en Inglés*)?

*** Un Asistente de Cuidado Personal (PCA) es una persona que viaja como una ayuda, designada o empleada por la persona con discapacidades para ayudar a esa persona a cubrir sus necesidades y/o facilitar el desplazamiento.**

El Paratrásito de Mountain Line Paratransit es un servicio de origen a destino. Nuestros operarios de camionetas no deben ingresar a ninguna estructura para encontrarlo o asistirlo con el bordillo. Usted debe poder movilizarse hacia y desde el bordillo. Si usted no puede movilizarse del bordillo de manera independiente, pida asistencia a un amigo, pariente, asistente de salud u otro asistente para que lo ayude con sus necesidades de movilidad. Proveremos servicio de puerta a puerta sólo a los clientes que necesiten dicho servicio y que no tengan ningún otro recurso disponible. Los clientes de Paratrásito deben solicitar este servicio adicional.

1. Designe cualquier ayuda de movilidad que usted utilice (marque todas las que aplican):

Silla de Ruedas Manual _____	Animal de Servicio _____	Prótesis _____
Silla de Ruedas Motorizada _____	Bastón Blanco _____	Muletas _____
Andador de 3 Ruedas _____	Bastón _____	Férula _____
Andador de 4 Ruedas _____	Andador _____	Oxígeno Portatil _____
Otro _____		

Requisito de todos los usuarios de silla de ruedas y escúter:

¿Este dispositivo es más de 30 pulgadas de ancho? _____ Si _____ No

¿Este dispositivo es más de 48 pulgadas de largo? _____ Si _____ No

¿La combinación del peso entre el dispositivo y el ocupante es de más de 600 libras? _____ Si _____ No

INFORMACIÓN SOBRE IMPEDIMENTO VISUAL

Por favor complete esta sección si usted tiene un impedimento visual. Si no aplica, escriba NA.

Nombre de la Enfermedad/Condición Visual: _____

Mi visión empeora durante estas condiciones:

- _____ Luz solar brillante
- _____ Lugares con poca luz o a oscuras
- _____ De noche
- _____ Veo igual en todas las condiciones de iluminación
- _____ No tengo visión

Mi condición visual se considera:

- _____ Estable
- _____ Degenerativa
- _____ Otra (explicar) _____
- _____

- Puedo ver escalones y bordillos. _____ Sí _____ No _____ A veces
- Puedo ver el número de ruta en el autobús desde la parada de autobús. _____ Sí _____ No _____ A veces
- Puedo encontrar la parada de autobús sin solicitar ayuda. _____ Sí _____ No _____ A veces

INFORMACIÓN SOBRE LAS DIFICULTADES DE TRASLADO

Utilice este espacio para describir sus dificultades al viajar y su capacidad para utilizar el servicio de ruta fija de Mountain Line. Relaciones sus comentarios con las tareas- específicas necesarias para abordar, viajar y navegar por el Sistema de ruta fija de tránsito describiendo cómo cada condición limita su capacidad funcional en estas áreas específicas. Nuestra determinación no se basa en los ingresos ni en la incapacidad de conducir un vehículo:

PARTE B

INFORMACIÓN SOBRE SU USO ACTUAL DEL SERVICIO DE AUTOBÚS

¿Usted actualmente utiliza autobuses de ruta fija? _____ Sí _____ No _____ A veces

Si usted utiliza autobuses de ruta fija ahora, ¿necesita ayuda de otra persona? _____

Si necesita ayuda de otra persona, ¿qué hace esta persona por usted?

Si el clima es Bueno y no hay barreras, ¿qué es lo más lejos que puede viajar de forma independiente al aire libre en la nivelada, utilizando su ayuda de movilidad se corresponde?

- | | | |
|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| _____ 330 pies | _____ 1320 pies (< 16 minutos) | _____ 2310 pies |
| _____ 660 pies | _____ 1650 pies | _____ 2640 pies (< 32 minutos) |
| _____ 990 pies | _____ 1980 pies | _____ No estoy seguro |
| _____ No soy capaz | | |

¿Qué es/sería lo más difícil para usted al viajar en un autobús de ruta fija? (Ejemplo: El autobús se mueve antes de que me siente, etc.) Haga una lista de la mayor cantidad posible de cosas que pueda pensar. Si usted necesita más espacio, utilice un papel por separado:

INFORMACIÓN SOBRE EL AMBIENTE ALREDEDOR DE SU HOGAR

Si actualmente utiliza el sistema de ruta fija, ¿qué rutas utiliza? _____

¿Cuál es la parada de autobús más cercana a su hogar? Provea la ubicación (ej.: Esquina de Fourth y Ruta 66):

¿Puede llegar a esa parada por sí mismo? _____ Sí _____ No _____ A veces

Si es así, ¿qué tipo de condiciones climáticas dificultan los viajes independientes?

_____ caliente _____ frío _____ lluvia _____ viento _____ nieve _____ hielo _____ humedad _____ otro

Si no, ¿qué le impide llegar a esa parada?

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES RELACIONADAS AL CLIMA

¿El clima afecta su capacidad de viajar de manera independiente? _____ Sí _____ No _____ A veces

Explique cómo el clima afecta/afectaría su capacidad funcional para utilizar un sistema de ruta fija:

PROVÉANOS SU OPINIÓN SOBRE EL USO DEL SERVICIO DE AUTOBÚS ACCESIBLE DE RUTA FIJA

Lea cada pregunta de manera cuidadosa y marque el recuadro que indica si usted está de acuerdo, en desacuerdo o no está seguro.

PREGUNTAS	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	NO ESTÁ SEGURO
1. El sistema de ruta fija es demasiado complicado para mi entender.			
2. No estoy del todo interesado en utilizar el autobús de ruta fija para mi transporte.			
3. Tengo que tener un asiento en el autobús y tengo miedo de no conseguirlo.			
4. Todos en el autobús tendrán inconvenientes ya que me toma más tiempo abordar el autobús.			
5. Viajar en autobús me hace más vulnerable al crimen. Tengo miedo de mi seguridad.			
6. Tengo miedo de bajarme en la parada equivocada.			
7. Tarifas más bajas del autobús de ruta fija en comparación con las tarifas de paratransito sería un incentivo para utilizar el autobús.			
8. Realizar mis viajes en autobús de ruta fija me llevaría demasiado tiempo.			
9. Necesito ayuda para asegurar mi silla de ruedas y no pienso que el conductor de ruta fija pueda asistirme.			
10. Tendría que levantarme más temprano a la mañana para utilizar una ruta fija, lo que sería un problema.			
11. Si el autobús se mueve antes de que me siente, creo que me voy a caer.			

NOTAS RELACIONADAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES:

LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y MARQUE AQUELLAS QUE DESCRIBEN DE MEJOR MANERA LO QUE USTED CREE ES SU CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL SISTEMA DE TRANSPORTE DE RUTA FIJA. USTED PUEDE SELECCIONAR MÁS DE UNA OPCIÓN.

	Puedo utilizar el autobús de ruta fija a veces, si las condiciones son buenas.
	No tengo dificultad en entender y/o recordar todas las cosas que tengo que hacer para encontrar mi camino hacia o desde el autobús.
	Tengo una discapacidad temporaria que me impide ir a la parada de autobús. Lo necesitaré sólo hasta que me recupere.
	Tengo dificultades o no puedo subir escaleras y sólo puedo subir a un autobús con ascensor o rampa.
	Tengo una discapacidad visual que me impiden encontrar mi camino hacia o desde la parada de autobús.
	La gravedad de mi discapacidad cambia día a día. Puedo utilizar el autobús de ruta fija sólo cuando me siento bien.
	Tengo una condición médica grave. Mi condición tiene como resultado un impedimento que hace imposible que utilice el sistema de ruta fija.
	Nunca intenté utilizar los autobuses de ruta fija.
	No estoy seguro si puedo utilizar los autobuses de ruta fija.
	Creo que puedo aprende a utilizar el autobús de ruta fija si alguien me enseña.

NOTAS RELACIONADAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES:

RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOBRE SU CAPACIDAD PARA COMPLETAR TAREAS RELACIONADAS AL USO DEL SERVICIO DE AUTOBÚS

SOY O PODRÍA SER:	SÍ	NO	A VECES
1. Familiar con qué hacer si pierdo el autobús			
2. Capaz de reconocer destinos, paradas de autobús o puntos de referencia			
3. Afectado adversamente por la polución (contaminación, gases, perfume)			
4. Incapaz de viajar de noche debido a ceguera nocturna			
5. Capaz de reconocer información impresa			
6. Capaz de escuchar y procesar palabras habladas e información auditiva			
7. Capaz de comunicar necesidades			
8. Capaz de seguir direcciones			
9. Capaz de lidiar con situaciones inesperadas o cambios en rutina como la desviación de un autobús			
10. Capaz de viajar a través de multitudes y/o establecimientos complejos de manera segura y efectiva			
11. Capaz de reconocer bordillos y otros escalones			
12. Capaz de viajar de manera independiente a través de aceras y otras vías peatonales			
13. Capaz de cruzar las calles de manera independiente			
14. Capaz de encontrar la parada de autobús correcta			
15. Capaz de identificar el autobús correcto a través de letreros			
16. Capaz de ingresar/salir del autobús de manera segura incluyendo subir los tres escalones de una altura máxima de 16 pulgadas			
17. Capaz de depositar el dinero de la tarifa en la máquina de pasaje o de mostrar el pase de autobús			
18. Capaz de llegar al área de seguridad designada para la silla de ruedas y permanecer sentado durante el viaje en autobús			

ACCESIBLE DE RUTA FIJA

Lea cada pregunta cuidadosamente y marque el recuadro con un sí, no, o a veces de acuerdo a su capacidad.

NOTAS RELACIONADAS A LAS RESPUESTAS “NO” O “A VECES” MENCIONADAS ANTERIORMENTE:

INFORMACIÓN SOBRE SU CAPACIDAD FUNCIONAL

Las respuestas a estas preguntas nos ayudarán a entender de mejor manera su capacidad funcional en áreas específicas. Sus respuestas deben basarse en su capacidad para completar estas tareas de manera **independiente** de acuerdo a cómo se siente la mayoría del tiempo, bajo circunstancias normales, utilizando su dispositivo de movilidad si aplica.

SIN LA AYUDA DE ALGUIEN, PUEDE USTED:	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	NO ESTOY SEGURO
1. ¿subir y bajar los tres escalones si hay barandas en ambos lados?				
2. ¿utilizar el teléfono para conseguir información?				
3. ¿realizar una cuadra en la vereda cuando el clima es bueno? a. Si usted puede hacer esto, ¿cuánto tiempo le lleva?				
4. ¿cruzar la calle si hay bordillos?				
5. ¿cuando el clima es bueno, realizar tres cuadras en la vereda? a. Si usted es capaz de hacer esto, ¿cuánto tiempo le lleva?				
6. ¿esperar diez minutos en una parada de autobús que no posee asiento o refugio, si el clima es bueno?				
7. ¿caminar hacia arriba o abajo de una colina con inclinación gradual en la vereda, si el clima es bueno?				
8. ¿encontrar el camino a la parada de autobús si alguien le muestra el camino una sola vez?				
9. ¿subir y bajar el bordillo de una vereda?				

10. Si usted necesita la ayuda de otra persona, ¿qué hace por usted?

11. ¿Se ha perdido alguna vez que ha viajado solo? _____ Sí _____ No _____ No, no viajo solo.

Si es sí, ¿cuál fue el resultado de la situación? _____

12. Si el clima es bueno y no hay barreras, ¿que tan lejos puede viajar afuera de manera **independiente** en una vereda nivelada, utilizando su ayuda de movilidad si aplica?

_____ No puedo viajar solo afuera de
ninguna manera

_____ Menos de una (1) cuadra

_____ Tres (3) cuadras

_____ Seis (6) cuadras

_____ Nueve (9) cuadras

_____ Más de nueve (9) cuadras

_____ No estoy seguro

_____ Otro (Explicar)

INFORMACIÓN SOBRE ENTRENAMIENTO DE TRANSPORTE/MOVILIDAD

¿Ha recibido entrenamiento sobre el uso del autobús de ruta fija o para trasladarse alrededor de la comunidad?

_____ Sí _____ No

Si es sí, ¿qué agencia lo entrenó? _____

¿Completó el entrenamiento de manera exitosa? _____ Sí _____ No

Si es sí, ¿qué rutas/viajes aprendió en el entrenamiento? _____

Si usted no completó un entrenamiento, ¿quisiera participar de un entrenamiento para aprender a utilizar el autobús de ruta fija? _____ Sí _____ No

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL HISTORIAL DE ENTRENAMIENTO DE MOVILIDAD

Si usted recibió el entrenamiento de movilidad, puede ser necesario que contacte a la agencia que le proveyo su entrenamiento. Complete la siguiente autorización de divulgación de información para la agencia que le proveyo su entrenamiento de movilidad.

Nombre de la Agencia _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Por la presente autorizo a la entidad que certifica a contactar a cualquier agencia o profesional indicado para verificar la documentación sobre las capacidades funcionales y limitaciones.

Firma o Marca del Solicitante _____ Fecha _____

Certifico que he completado este formulario honestamente y que la información provista es precisa. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para utilizar los Servicios de Paratránsito. Se puede requerir una entrevista personal y una evaluación funcional si se requiere de información adicional para determinar mi elegibilidad.

Firma o Marca del Solicitante:

Fecha:

Revise la solicitud par asegurarse que ha contestado todas las preguntas de la mejor manera posible. Si hay preguntas que usted no puede responder, indique por qué no puede contestar estas preguntas. Gracias

NOTAS
