



Mountain Line

216 W. Phoenix Ave. · Flagstaff, AZ 86001 · 928-679-8900 · www.mountainline.az.gov

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO DE ADA DE MOUNTAIN LINE

PARTE A: Información del solicitante

PARTE B: Información sobre viaje independiente

PARTE C: Formulario de divulgación de información y verificación profesional

Las Partes A y B deben completarlas el solicitante o alguien en su nombre.

La Parte C debe completarla un proveedor de atención médica o un proveedor de servicios de salud que esté familiarizado con su discapacidad y sus limitaciones relacionadas que afectan su capacidad de utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Mountain Line.

La elegibilidad de paratrásito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) se aplica a las personas que tienen una discapacidad que limita su capacidad para viajar y que les impide usar de manera independiente el servicio de autobús de tránsito con ruta fija de Mountain Line para algunos recorridos o todos. Esto puede incluir problemas para trasladarse hacia o desde las paradas de autobús; ascender o descender de los autobuses de tránsito con ruta fija y/o para recorrer el sistema de autobuses de ruta fija. El propósito de esta solicitud es brindarle una oportunidad para describir la manera en que su discapacidad le impide usar el servicio de autobús de ruta fija de Mountain Line para algunos recorridos o todos. Esto incluye cualquier tipo de barrera física o ambiental que le impida utilizar el autobús como una opción de transporte.

Es importante que complete toda la solicitud. Las solicitudes incompletas se devolverán. El proceso de aplicación se considera completo cuando las Partes A, B y C se reciben y cuando se lleva a cabo una entrevista de evaluación.

Si necesita ayuda para llenar la solicitud, comuníquese con nuestro especialista de Elegibilidad al 928-679-8911.

Devuelva esta solicitud completa incluidas las Partes A, B y C a través de los medios siguientes:

Fax: 928-779-6868

Correo: Mountain Line Paratransit
216 W Phoenix Ave
Flagstaff, AZ 86001

o

En persona, en la oficina de Montaña Line.



Getting you where you want to go

PARTE A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

ESCRIBA LA FECHA EN LETRA _____ **IMPRENTA:** _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número(s) de teléfono de contacto _____

correo electrónico _____

¿Su dirección postal es la misma que su dirección física? _____ Si no lo es, escriba su dirección postal:

¿Debemos enviar la correspondencia dirigida a otra persona que no es solicitante, como un administrador de casos, trabajador social o familiar? Si es así, incluya la información abajo:

Nombre _____

Dirección postal _____

Número(s) de teléfono de contacto _____

Dirección de correo electrónico _____

Relación con el/la solicitante _____

¿Necesita que enviemos la correspondencia futura en un formato alternativo? _____

Si es así, descríballo. _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Brinde la información de la persona a la debemos contactar en su nombre en caso de emergencia.

Nombre _____

Número(s) de teléfono de contacto _____

Dirección de correo electrónico _____

Relación con el/la solicitante _____

Esta sección la debe completar la persona que esté ayudando al solicitante a completar la solicitud:

Nombre _____

Número(s) de teléfono de contacto _____

Dirección de correo electrónico _____

Relación con el/la solicitante _____

INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD Y EQUIPO DE MOVILIDAD

Describa la discapacidad o afección de salud que le impide utilizar el sistema de ruta fija.

¿Su discapacidad o afección de salud se considera permanente? _____ Sí _____ No

Si no es así, ¿cuánto se espera que durará? _____

¿Su discapacidad o afección de salud varía de un día a otro? _____ Sí _____ No

Si es así, explique: _____

¿Requiere su discapacidad que se traslade con un asistente de atención personal? _____ Sí _____ No

Un asistente de atención personal (Personal Care Attendant, PCA) es la persona que la persona con discapacidad designa y emplea para que la ayude a cumplir con sus necesidades personales y/o a trasladarse.

¿Qué tipo de ayuda de movilidad y/o equipo adaptativo utiliza?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NA | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Monopatín | <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Andador con ruedas | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Prótesis: |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Bastón blanco |
| <input type="checkbox"/> Soporte para piernas | <input type="checkbox"/> Telescopio | <input type="checkbox"/> Dispositivo electrónico de viaje |
| <input type="checkbox"/> Monocular | <input type="checkbox"/> Audífonos | <input type="checkbox"/> Intérprete ASL |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Tablero para dibujar | <input type="checkbox"/> Tablero de alfabeto |
| <input type="checkbox"/> Laringe | <input type="checkbox"/> Otro: | |
| <input type="checkbox"/> Intérprete de idiomas | | |

Obligatorio para todos los usuarios de sillas de ruedas y monopatines:

¿Cuál es el ancho de su dispositivo de movilidad? _____ Pulgadas

¿Cuál es el largo de su dispositivo de movilidad? _____ Pulgadas

¿Cuál es el peso total del dispositivo más el ocupante? _____ Libras

INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD VISUAL

Complete esta sección si tiene una discapacidad visual. Si no corresponde, escriba N/A.

Nombre de la enfermedad/afección visual:

Mi visión empeora en las condiciones siguientes:

Sol radiante Poca luz Oscuridad

Mi visión es igual en todas las condiciones de luz

No tengo visión

Mi afección visual es:

Estable Degenerativa Otro (explique) _____

Puedo ver escalones y bordillos con facilidad. Sí No Algunas veces

Puedo ver los números de ruta del autobús desde la parada. Sí No Algunas veces

Puedo hallar la parada de autobuses sin asistencia. Sí No Algunas veces

INFORMACIÓN SOBRE DESAFÍOS DE TRASLADO

Utilice este espacio para describir los desafíos que enfrenta a la hora de trasladarse y su capacidad para usar el servicio de ruta fija de Mountain Line. Relacione sus comentarios con las tareas específicas necesarias para subir, abordar y recorrer el sistema de ruta fija de tránsito y describa la manera en que cada afección limita su capacidad funcional en estas áreas específicas. Nuestra determinación **no** se basa en ingresos ni en la capacidad de conducir un vehículo.

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE VIAJE INDEPENDIENTE

¿Usa los autobuses de ruta fija actualmente? Sí No Algunas veces

Si es así, ¿necesita la asistencia de otra persona? Sí No Algunas veces

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

Si el clima es bueno y no hay barreras, ¿cuál es la mayor distancia que puede recorrer de manera **independiente** en el exterior o en una acera con la ayuda de sus asistencia de movilidad, si corresponde?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 330 pies | <input type="checkbox"/> 1320 pies (<16 min.) | <input type="checkbox"/> 2310 pies |
| <input type="checkbox"/> 660 pies | <input type="checkbox"/> 1650 pies | <input type="checkbox"/> 2640 pies (<32 min.) |
| <input type="checkbox"/> 990 pies | <input type="checkbox"/> 1980 pies | <input type="checkbox"/> No estoy seguro/a |
| <input type="checkbox"/> No puedo trasladarme en el exterior completamente solo/a. | | |

¿Qué aspecto de utilizar un autobús de ruta fija es el más difícil para usted? (Ejemplo: El autobús se mueve antes de que pueda sentarme, etc.). Enumere todos los aspectos que se le ocurran. Si necesita más espacio, use otra hoja:

¿Alguna se ha perdido mientras viajaba solo/a? Sí No No viajo solo/a
Si es así, ¿cuál fue el resultado de la situación?

INFORMACIÓN SOBRE EL ENTORNO QUE RODEA SU CASA

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

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

¿Puede llegar a esta parada por sus propios medios? Sí No Algunas veces

Si no es así, ¿qué le impide llegar a esta parada?

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES CLIMÁTICAS

¿Las condiciones climáticas afectan su capacidad para viajar independientemente? Sí No Algunas veces. Si es así, ¿cuáles son las condiciones climáticas que le dificultan viajar independientemente?

Calor Frío Lluvia Viento Nieve Hielo Humedad Otra

Explique la forma en que las condiciones climáticas anteriores afectan su capacidad de viajar independientemente: _____

Lea las afirmaciones siguientes y marque la que describa mejor su capacidad de utilizar el sistema de autobús de ruta fija. Puede elegir más de una.

<input type="checkbox"/>	Tengo una discapacidad temporal que me impide llegar a la parada del autobús. Solo necesitaré el servicio hasta que me recupere.
<input type="checkbox"/>	Algunas veces puedo usar el autobús de ruta fija, si las condiciones son favorables.
<input type="checkbox"/>	Tengo dificultad para comprender y/o recordar todas las cosas que tengo que hacer para trasladarme desde y hacia el autobús.
<input type="checkbox"/>	Tengo una discapacidad visual que me impide llegar y volver desde la parada de autobús.
<input type="checkbox"/>	La gravedad de mi discapacidad varía de un día al otro. Solo puedo tomar un autobús de ruta fija cuando me siento bien.
<input type="checkbox"/>	Tengo una afección médica grave. Mi afección causa un impedimento que me imposibilita usar el sistema de ruta fija.
<input type="checkbox"/>	Creo que podría aprender a tomar un autobús de ruta fija si alguien me enseñara.

INFORMACIÓN SOBRE CAPACIDADES FUNCIONALES

Responda a las siguientes afirmaciones sobre su capacidad de completar tareas relacionadas con el uso del servicio accesible de autobús de ruta fija. Sus respuestas deben basarse en su capacidad de realizar estas tareas de manera *independiente*, usando su dispositivo de asistencia, si corresponde. Lea con atención cada afirmación y marque la casilla que corresponda.

PUEDO:	SÍ	NO	A VECES
1. Usar el teléfono para obtener información o asistencia			
2. Obtener y comprender información como cronogramas de autobuses e indicaciones del recorrido.			
3. Comunicar mis necesidades, pedir y comprender instrucciones			
4. Reconocer, intercambiar y comprender información impresa			
5. Reconocer, intercambiar y comprender palabras habladas o información auditiva			
6. Comprender cómo decir y controlar la hora			
7. Comprender las distancias recorridas			
8. Recorrer aceras y otros caminos peatonales de manera segura			
9. Reconocer bordillos, cortes en bordillos, escalones y otras bajadas			
10. Localizar y tomar cruces seguros en calles e intersecciones con señales de cruces peatonales o sin ellas			
11. Recorrer instalaciones concurridas o complejas de manera segura y efectiva			
12. Resolver problemas si se presenta una situación inesperada, como encontrar una barrera en el camino o si el autobús debe tomar un desvío			
13. Localizar y reconocer el autobús correcto a partir de señales e información auditiva			
14. Identificar y depositar la tarifa correcta en la casilla de tarifas o escanear el pase de autobús			
15. Reconocer destinos, paradas de autobuses o puntos de referencia			
16. Reconocer cuándo y cómo señalar una parada			
17. Comprender e implementar estrategias de seguridad personal mientras viajo			

Responda a las siguientes afirmaciones sobre su capacidad de completar tareas relacionadas con el uso del servicio accesible de autobús de ruta fija. Sus respuestas deben basarse en su capacidad de realizar estas tareas de manera *independiente*, usando su dispositivo de asistencia, si corresponde. Lea con atención cada afirmación y marque la casilla que corresponda.

PUEDO:	SÍ	NO	A VECES
1. Recorrer una cuadra en una acera despejada y nivelada • Si es así, ¿cuánto tiempo le toma?			
2. Recorrer tres cuadras en una acera despejada y nivelada • Si es así, ¿cuánto tiempo le toma?			
3. Subir o bajar una pendiente gradual por una acera despejada • Si es así, ¿cuánta distancia?			
4. Traslárame alrededor de obstáculos a lo largo del recorrido			
5. Franquear superficies o pavimento roto			
6. Franquear superficies con césped o irregulares			
7. Franquear superficies con gravilla			
8. Franquear superficies con polvo suelto o arenosas			
9. Franquear superficies con hielo o cubiertas de nieve			
10. Subir o bajar de bordillos			
11. Subir o bajar de un bordillo de 6"			
12. Esperar diez minutos en una parada de autobús sin asiento ni protección			
13. Subir o bajar tres escalones si hay barandillas a ambos lados			
14. Subir los escalones del autobús desde el nivel de la calle sin bordillo			
15. Subir o bajar de la rampa del autobús desde el nivel de la calle			
16. Caminar hacia un asiento o llegar hasta el área para sujetar una silla de ruedas			
17. Permanecer sentado en el autobús mientras está en movimiento			
18. Permanecer de pie en el autobús mientras está en movimiento			

INFORMACIÓN SOBRE CAPACITACIÓN DE VIAJE/MOVILIDAD

¿Ha recibido alguna vez capacitación sobre el uso del servicio de autobús de ruta fija? Sí No Si es así,
¿de qué agencia? _____

¿Completó la capacitación satisfactoriamente? Sí No ¿Qué
rutas/traslados aprendió en la capacitación? _____

Si no es así, ¿desearía participar en una capacitación para aprender a tomar un autobús de ruta fija? Sí No

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE HISTORIAL DE CAPACITACIÓN SOBRE MOVILIDAD

Si recibió capacitación sobre movilidad, es posible que necesite contactar a la agencia que le brindó la capacitación. Complete la siguiente autorización de divulgación de información para la agencia que le proporcionó la capacitación sobre movilidad.

Nombre de la agencia _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____

Por el presente, autorizo a la entidad certificadora para que se contacte con la agencia o el profesional indicado para verificar la documentación de capacidades y limitaciones funcionales.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Certifico que completado este formulario con respuestas verdaderas y que la información que he proporcionado es precisa. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para utilizar los servicios de paratransito. Es posible que deba tener una entrevista presencial y una evaluación funcional si se necesita información adicional para determinar mi elegibilidad.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Revise la solicitud para asegurarse de que ha respondido todas las preguntas de la mejor manera posible. Si hay preguntas que no puede responder, explique por qué no puede hacerlo. Gracias