

Concho Valley Transit District



Volver a:
510 N. Chadbourne St.
P.O. Box 60050
San Angelo, TX 76906



FORMA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE ADA PARATRANSIT

ADA Paratransit está diseñado para servir solo a aquellas personas cuya **gravedad de discapacidad les impide usar el sistema de Ruta Fija Urbana**. Concho Valley Transit (CVT) utilizará la información obtenida durante este proceso de certificación únicamente para la prestación de servicios de transporte. CVT se reserva el derecho de solicitar información adicional que pueda ayudar a determinar la elegibilidad del solicitante para los servicios de paratransito de CVT ADA proporcionados en San Angelo, TX.

CVT ADA Paratransit es un sistema de viaje compartido "de acera a acera" comparable a los servicios regulares de ruta fija. El costo por viaje de CVT ADA Paratransit es de **\$ 2 por trayecto** (\$ 4 ida y vuelta), pagadero a cada conductor **en el cambio exacto**. Diez (10) tarjetas perforadas de viaje están disponibles por \$ 20.

¡ **NO** ofrecemos servicio el mismo día! **TODAS las citas deben hacerse antes de las 3 p.m. del día anterior** la cita. Las citas se pueden hacer de lunes a sábado antes de las 3:00 pm y los domingos a través del correo de voz. Para ser elegible, debe vivir dentro de los límites de la ciudad.

Todas las determinaciones de elegibilidad de CVT Paratransit se basan en los criterios y pautas de paratransito establecidos en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990.

El proceso de elegibilidad de CVT ADA Paratransit puede tomar hasta **21 días después de recibir una solicitud completa**. Para que CVT evalúe mejor sus necesidades y habilidades, tómese el tiempo para responder **TODAS las preguntas y complete TODOS los espacios en blanco**. **Las páginas 1-7 deben ser completadas por usted o alguien que lo esté ayudando. Las últimas 2 páginas (8 y 9) deben ser completadas por su proveedor médico o cuidador certificado / con licencia que esté familiarizado con su condición.** Las solicitudes que no sean **legibles** o **firmadas** por el solicitante **Y el** proveedor médico / cuidador serán devueltas.

Información Personal y de Contacto

NOMBRE _____
Primer Inicial Apellido

DOMICILIO _____
Calle Apropiado # Ciudad Estado Código postal

NOMBRE DEL COMPLEJO DE A (Edificio#/Carta) _____

DIRECCIÓN DE CORREO _____
Calle Apropiado # Ciudad Estado Código postal

Teléfono residencial _____ Número de contacto alternativo _____

Fecha de nacimiento __/____/__(Mes/Día/Año)

CONTACTO DE EMERGENCIA _____

Nombre

Relación

Número de teléfono

DOMICILIO _____

Calle

Apropiado #

Ciudad

Estado

Código postal

¿Actualmente tiene Medicaid? Sí ___ No ___

Transporte Actual

Compruebe cual corresponde:

Nuevo solicitante : _____

Renovacion de ADA : _____ ADA# _____

1. ¿Utilizas autobuses **Ruta Urbana Fija** ahora? Sí _____ No _____ A veces _____
Si no o a veces, ¿qué le impide usar autobuses de ruta fija urbana? (es decir, sin aceras)

2. ¿Cuál es la parte más **difícil** de viajar en autobuses de ruta fija urbana para ti?

3. Por favor, cuéntenos sobre los horarios en que puede **utilizar** los autobuses regulares de ruta fija.

4. ¿Cuál es la parada de **autobús más cercana** a su residencia? (Por favor, indique la ubicación)

5. ¿Puedes llegar a esta parada por ti mismo? Sí _____ No _____ A veces _____
Si no o a veces, explique: _____

6. **¿Eres capaz de...**

¿Usar un teléfono para hacer llamadas / obtener información sobre el servicio de autobús? Sí _____ No _____

¿Pedir, entender y seguir instrucciones escritas o ingeniosas? Sí _____ No _____

7. **¿Puedes abordar un autobús solo?**

(Nota: las personas que **no usan silla de ruedas** y no pueden **abordar el autobús pueden ingresar al autobús usando la rampa y / o el ascensor**)

Sí _____ (sin ascensor/rampa) Sí _____ (uso de ascensor/rampa) No _____ A veces _____

Si no o a veces, explique: _____

8. Si **no viajas** en los autobuses **de Ruta Fija Urbana**: **¿cómo viajas actualmente?** (es decir, familia, amigos, vehículo personal, cabina) Identifique todos los modos disponibles para usted:

9. En el pasado, ¿has usado el transporte público para viajar?

Sí _____ No _____ En caso afirmativo, indique la ubicación (ciudad o estado) _____

Movilidad y Capacidad Funcional

Marque todos los que se usan regularmente ... Poner apropiado ✓ en la caja.

___**Silla de ruedas manual

___**Silla de ruedas ancha

___Muletas

___**Silla de ruedas larga

___Silla tipo cochecito

___Prótesis(es)

___**Silla de ruedas eléctrica

___Andador (no plegable)

___Caña/Blanco

___ **Silla de ruedas alta

___ Andador (plegable)

___ Ortodoncia

___ **Scooter eléctrico

___ Animal de servicio

___ Ninguno de estos

___ Portable Oxygen

___ Dispositivo de comunicación

___ Otro

If Other, please describe:

****Si** usa una silla de ruedas o scooter manual o motorizado, ¿tiene más de 30 "de ancho y más de ¿48" de largo? Sí ___ No ___

****Si** utiliza una silla de ruedas o scooter manual o eléctrico, ¿cuál es el peso combinado del ocupante y el dispositivo? _____

Nota: La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) establece que un proveedor de transporte puede negarse a llevar un dispositivo de movilidad / ocupante si el peso combinado excede el de las especificaciones de elevación establecidas por el fabricante, o si se demuestra que el transporte del dispositivo de movilidad es inconsistente con los requisitos legítimos de seguridad.

1. ¿Tiene un asistente de cuidado personal (PCA?): **Un asistente de cuidado personal es alguien designado o empleado específicamente para ayudar a la persona elegible a satisfacer sus necesidades personales.** ¿Su discapacidad requiere que viaje con una PCA?

Sí _____ No _____ A veces _____

2. Si tiene una discapacidad que afecta a la movilidad, utilice la medida de distancia que se indica a continuación e indique qué distancia puede recorrer **sin la ayuda** de otra persona:

___ Menos de 200
pies

___ 5 - 6 bloques

___ 1 - 2 bloques

___ 7- 8 bloques

___ 3 - 4 bloques

___ 9 o más bloques

3. ¿Su capacidad para **viajar independientemente** esta distancia se ve afectada por **el clima, como** la nieve, el hielo / temperatura o las barreras, como colinas empinadas u otros terrenos?

Sí _____ No _____ En caso sí , explique: _____

La Movilidad y la Capacidad Funcional Continuaron...

4. **¿Puede subir tres (3) escalones de 10 pulgadas, sin ayuda?** Sí _____ No _____ A veces _____
Si no o a veces, explique: _____
5. ¿Puede **esperar afuera** en diferentes condiciones climáticas durante 15-30 minutos? (**Nota:** el uso de su ayuda de movilidad normal es bien)
Sí _____ No _____ A veces _____
Si no o a veces, explique: _____
6. ¿Puede cruzar el tráfico en una intersección controlada por luz en las siguientes áreas?
_____ Residencial _____ Semi-Negocios _____ Negocio
7. Si tiene una **discapacidad cognitiva**, ¿puede:
- a. ¿Dar nombre, dirección y números de teléfono a petición? Sí _____ No _____ A veces _____
 - b. ¿Reconoce un destino o punto de referencia? Sí _____ No _____ A veces _____
 - c. ¿Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en el estado? Sí _____ No _____ A veces _____
 - d. ¿Pedir, entender y seguir instrucciones? Sí _____ No _____ A veces _____
 - e. ¿Viaja de manera segura y efectiva a través de instalaciones abarrotadas y / o complejas?
Sí _____ No _____ A veces _____ Si a veces, explique: _____

8. Si tiene una **discapacidad auditiva o del habla**, ¿puede:
- a. ¿Comunicarse con un dispositivo aumentativo? Sí _____ No _____ A veces _____
 - b. ¿Comunicarse por escrito? Sí _____ No _____ A veces _____
 - c. ¿Comunicarse por teléfono? Sí _____ No _____ A veces _____
9. ¿Solicita disposiciones para adaptaciones **razonables**, bajo las pautas de la **ADA** y la **Sección 504**? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, explique su solicitud de provisiones: _____

- En caso afirmativo, indique los destinos de viaje comunes y su información de contacto: _____

Entorno del Vecindario

1. ¿Cómo describiría el área donde vive (es decir, colina muy empinada; colina larga y gradual, plana, llana, ¿no hay Aceras etc.)? _____
- ¿Hay aceras en su residencia? Sí _____ No _____
- ¿Hay una rampa en su residencia? Sí _____ No _____
- ¿Se necesita una rampa? Sí _____ No _____
2. ¿Hay escalones en la entrada de su residencia? Sí _____ No _____
En caso afirmativo, ¿aproximadamente cuántos pasos? _____

3. ¿Vives en la planta baja? Sí _____ No _____

4. **¿Hay un autobús de Ruta Fija Urbana que viaje en su vecindario?**

Sí _____ No _____ Desconocido _____

5. ¿Cómo te mueves actualmente en tu vecindario? (es decir, caminar, caminar con bastón, silla de ruedas, etc.) _____

Condición Médica/Incapacitante

Por favor, compruebe la(s) condición(es) médica(s) o incapacitante(s) que **le impide** usar el **Servicios de ruta fija**. Haga una lista de todas las condiciones/discapacidades que correspondan:

_____ Parapléjico

_____ Esclerosis

_____ Golpe

_____ Tetrapléjico

múltiple

_____ Legalmente ciego

_____ Diabetes

_____ Discapacidad intelectual

_____ Artritis

_____ Epilepsia

_____ Asma

_____ Alzheimer

_____ Otro

Sírvase explicar en detalle: _____

1. Sírvase explicar la gravedad/nivel/grado de la condición de discapacidad: _____

2. ¿Cómo le impide esta condición incapacitante utilizar **los autobuses** de ruta fija urbana? _____

3. ¿Es esta condición/discapacidad **temporal**? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuál es la duración esperada?: _____

4. ¿Su condición/discapacidad cambia de un día a otro de maneras que afecten su capacidad para utilizar **el servicio de Ruta Fija Urbana**?

Sí _____ No _____

En caso sí, explicar: _____

5. ¿Tiene un asistente de **cuidado personal (PCA)**? Un asistente de cuidado personal es alguien designado o empleado específicamente para ayudar a la persona elegible a satisfacer sus necesidades personales. Sí _____ No _____ A veces _____

En caso afirmativo o a veces, sírvase explicar: _____

6. **¿Hay alguna otra información médica o efectos de su discapacidad que CVT deba conocer en caso de una emergencia?** (por ejemplo, hepatitis, tuberculosis, asma, diabetes) Por favor, explique:_____

Adjunte cualquier documentación de apoyo de un proveedor médico o cuidador certificado / con licencia. Cualquier comentario adicional es bienvenido para ayudar a CVT a evaluar y ayudar a sus necesidades de ADA Paratransit.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que cualquier información falsa u omisión puede llevar a la terminación de mis privilegios de transporte en los vehículos de ADA Paratransit. (Este formulario debe tener la firma original del solicitante antes de ser aceptado).

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Si alguien que no sea la persona que solicita la certificación ha completado este formulario de solicitud, complete lo siguiente:

Nombre _____
Dirección _____
Número de teléfono _____
Relación con el solicitante _____

¡PARAR! La respuesta a las preguntas restantes en esta solicitud debe ser proporcionada por un proveedor médico o cuidador certificado / con licencia que esté familiarizado con su condición. **NO DESMONTE LAS PÁGINAS DE LA APLICACIÓN.** Lleve el formulario completo a su proveedor para que se pueda completar la sección médica y el formulario completo se pueda devolver a CVT.

Gracias

Dear Provider:

The Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA) requires CVT to provide paratransit service to individuals who, because of their medical condition or impairment, are prevented from using regular CVT Fixed Route bus service for most trips. Age, economic status, and environmental conditions may not be considered 'medical' factors in the assessment of paratransit eligibility. The information requested of you in the following sections will be used to determine the applicant's CVT ADA Paratransit eligibility. It is important that all questions be answered completely and accurately to the best of your knowledge and in accordance with your records. If the information is incomplete or unclear, we may need to contact you for clarification. Thank you for your cooperation.

1. Please indicate date of your **most recent** examination of this applicant: _____
2. Based on your knowledge of the patient's condition, is the information provided on the previous pages a reasonable representation of his/her condition? Yes ____ No ____
If No, please explain: _____

3. How does the disability prevent the applicant from riding the regular fixed route system? What are their functional limitations? _____

4. **If cognitively impaired**, what is the most recently recorded IQ or Performance Test Scores and date of testing? _____

5. If temporary, what is a reasonably anticipated recovery date for independent travel?

6. Can applicant travel independently from his/her house, to the sidewalk? Yes ____ No ____
If "no" or "sometimes", please explain: _____

7. Does the applicant's disability **require** him/her to travel with another person who provides personal assistance? Yes ____ No ____ Sometimes ____
8. Could the applicant benefit from travel training, if it was available? Yes ____ No ____
9. Is applicant wheelchair **dependent**? Yes ____ No ____
10. Can the applicant walk up and down three steps (10" rise, each step, with handrails available)? Yes ____ No ____ Sometimes ____
11. Does the applicant require a lift-equipped vehicle to board? Yes ____ No ____
12. Please list any other factors which significantly restrict the applicant's mobility:(i.e. extreme temperatures) _____

CERTIFICATION:

I hereby certify that the information I have provided in this application is a fair representation of this applicant’s medical impairment or condition and is accurate to the best of my knowledge. I understand that the information provided here to will be used for the sole purpose of determining the applicant’s eligibility for paratransit services. I, also, agree that CVT may contact me for clarification of any information I have provided and that I will reply in good faith.

Provider’s Full Name: _____

Institution/Facility/Agency Name: _____

Street Address: _____ Suite# _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Medical License Number: _____ Telephone# _____ FAX# _____

Physician’s Signature: _____

_____ Date: _____

***Note:** “Stamped” signatures in the certification section will not be accepted