

Solicitud de Elegibilidad Para-Tránsito de Winchester (SERVICIO DE PARATRANSITO DE ACERA A ACERA)

En cumplimiento de la *Ley para discapacitados en Estados Unidos de 1990 (ADA)*, el Sistema de Tránsito de la Ciudad de Winchester ofrece el servicio Para-Tránsito de viajes compartidos, de acera a acera. Este programa está disponible para personas cuyas limitaciones funcionales les impiden el uso del servicio de transporte regular de Winchester (ruta fija). Para ser elegible para el servicio, las limitaciones funcionales de la discapacidad de una persona deben **impedir** el uso de los autobuses o furgonetas regulares de rutas fijas. **El servicio Para-Tránsito no está disponible para personas a quienes les resulta incómodo o difícil ir y venir desde las paradas de autobús.**

LA SOLICITUD DEBERÁ SER CERTIFICADA POR UN LICENCIADO O CERTIFICADO PROFESIONAL DE LA SALUD.

Este servicio está disponible dentro de los límites de la ciudad de Winchester a través de Winchester Transit. Este es un servicio de acera a acera disponible solamente bajo reserva.

Cada solicitud será evaluada caso por caso, teniendo en cuenta toda la información proporcionada.

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. La determinación de elegibilidad se hará en los 21 días siguientes a la recepción de la solicitud completa. Dicha determinación se le notificará por escrito.

- Si su solicitud es rechazada, se le notificará la razón y se le dará información sobre nuestro proceso de apelación.

Es muy importante que la solicitud se rellene *por completo*. Se devolverán las solicitudes incompletas o ilegibles. Sólo se pueden procesar solicitudes con firmas originales. No se pueden aceptar solicitudes enviadas por fax o fotocopiadas.

Solicitudes adicionales están disponibles en línea en www.winchesterva.gov o llamando a Winchester Transit al 540-662-3982.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la solicitud o del servicio, por favor póngase en contacto con la oficina de Winchester Transit al (540) 662-3982.

Envíe las aplicaciones por correo a:
Winchester Transit
301 E. Cork Street
Winchester, VA 22601

Nota: Si usted tiene 80 años o más, califica automáticamente para el servicio de acera a acera. Rellene solamente la PÁGINA 1 de la solicitud y adjunte una copia del comprobante de su edad (certificado de nacimiento, certificado de bautismo, etc.)

DEBEN ADJUNTARSE COMPROBANTE DE EDAD Y FOTO.

Sólo para uso interno
ID # _____ Exp. Fecha _____
Fecha de emisión: _____
Aprobado por: _____ Fecha: _____
Rechazado por: _____ Fecha: _____

Solicitud de Para-Tránsito

PARTE I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:		Femenino _____	Masculino _____
Apellido	Nombre	Inicial	
Calle		Apartamento. o Edificio #	
Ciudad	Estado	Código Postal	
Condado de Residencia		Correo electrónico (opcional)	
Dirección postal si es diferente de la anterior			
Teléfono de casa: _____		Teléfono del trabajo: _____	
Número de seguro social: 000-00- _____		Fecha de nacimiento: _____	
		(Últimos 4 dígitos solamente)	
Contacto de Emergencia:			
Nombre: _____		Relación: _____	
Teléfono de casa: _____		Teléfono del trabajo: _____	
PARTE II. USO DE NUESTRO SERVICIO REGULAR (RUTA FIJA)			

Por favor, indique a continuación si usted usa alguna de las siguientes ayudas o equipos para su movilidad.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bastón | <input type="checkbox"/> silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> bastón ortopédico (3-4 patas) | <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> bastón largo blanco
(para las personas con deficiencia visual) | <input type="checkbox"/> scooter motorizado/carrito |
| <input type="checkbox"/> servicio/animal guía (describir) _____ | <input type="checkbox"/> respirador/tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> andador | <input type="checkbox"/> otro |
| <input type="checkbox"/> aparatos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Yo no necesito ningún
dispositivo de asistencia. |

¿Alguna vez ha utilizado nuestro servicio de transporte regular (autobús de ruta fija o furgoneta)?

- Sí, yo normalmente tomo el autobús _____ veces por semana.
- Sí, yo solía pero terminé porque _____
- No
- No, pero me interesaría aprender cómo utilizar su servicio regular.

Otros: _____

¿Qué lejos de su casa está la parada de autobús más cercana?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 cuadra | <input type="checkbox"/> 5 cuerdas o más |
| <input type="checkbox"/> 1-2 cuerdas | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> 3-4 cuerdas | |

Por su cuenta, o usando su dispositivo de ayuda, ¿hasta qué punto puede viajar sobre terreno plano?

- Puedo llegar a la acera en frente de mi casa/apartamento
- Puedo viajar hasta 3 cuerdas (1/4 milla)
- Yo puedo viajar hasta 6 cuerdas (1/2 milla)
- Yo puedo viajar hasta 9 cuerdas (3/4 milla)

SIN la ayuda de otra persona usted puede

- a. ¿Pedir, entender y seguir instrucciones escritas o habladas?
() sí () no () a veces _____
- b. ¿Cruzar la calle, ya sea por su cuenta o con un dispositivo de ayuda?
() sí () no () a veces _____
- c. ¿Estar de pie durante 30 minutos si no hay lugar para sentarse?
() sí () no () a veces _____
- d. ¿Subir o bajar la acera desde la cuneta?
() sí () no () a veces _____
- e. ¿Encontrar el camino a la parada de autobús, si alguien se lo muestra una vez?
() sí () no () a veces _____
- f. ¿Subir y bajar tres escalones si hay una barandilla?
() sí () no () a veces _____
- g. ¿Subir y bajar un tramo de escaleras si hay una barandilla?
() sí () no () a veces _____
- h. ¿Estar de pie en un autobús en movimiento agarrando una barandilla?
() sí () no () a veces _____

Por favor, explique cómo su discapacidad le impide utilizar nuestro servicio de transporte regular (ruta fija). Sea específico.

PARTE III. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico según mi leal conocimiento y capacidad, que la información en esta solicitud es verdadera y correcta.

Por la presente otorgo permiso al profesional licenciado de la salud para dar cualquier información pertinente a los efectos de evaluar mi elegibilidad para utilizar el servicio Para-Tránsito.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si se rellenó esta solicitud para usted por otra persona, por favor proporcione la siguiente información.

Nombre: _____ Teléfono durante el día: _____

Dirección: _____

Agencia o Clínica (si procede) _____

Relación con el solicitante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Solicitante: _____

PARTE IV: CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Esta parte del formulario debe ser rellena por un profesional licenciado de la salud.

La *Ley para discapacitados en Estados Unidos de 1990 (ADA)* requiere la provisión de servicio de Para-tránsito (es decir, de acera a acera) para **cualquier persona que esté impedida para utilizar el sistema de transporte regular, en razón de su limitación física o mental, y que esté viajando en una zona atendida por el sistema.** El solicitante que le ha pedido revisar y firmar este formulario está pidiendo elegibilidad para el servicio de Transporte Especializado de Para-tránsito. Este formulario de solicitud tiene por objeto determinar si el solicitante puede utilizar el servicio regular de tránsito (ruta fija) o si él/ella requiere servicio de acera a acera.

Los recursos para este programa son limitados. Por favor tenga cuidado en la evaluación de los solicitantes. Su evaluación debe basarse únicamente en la capacidad del aspirante para utilizar el transporte regular. La verificación falsa podría dar lugar a limitaciones de viaje para las personas legítimamente calificadas para utilizar este programa.

Por favor revise cuidadosamente la información proporcionada por el solicitante y luego responda las siguientes preguntas.

INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

Por favor, marque todas las discapacidades que impiden que el solicitante utilice el servicio de autobús. Las condiciones que lo hacen difícil o incómodo, no se deben revisar.

Neuromuscular

- La amputación de (especificar) _____
- Parálisis Cerebral
- Distrofia Muscular
- Enfermedad de Parkinson
- Espina Bífida
- Accidente cerebrovascular/ Lesión Cerebral
- Cuadriplejia
- Esclerosis Múltiple

- Paraplejia
- Polio
- Artritis
- Otro: _____

Cognitivo/Psicológico

- Enfermedad de Alzheimer
- Autismo
- Demencia
- Trauma en la cabeza
- Retraso Mental
- Trastorno de Pánico
- Esquizofrenia
- Otro: _____

Cardiovascular

- Arteriosclerosis
- Asma
- Fibrosis quística
- Ataque al corazón
- Enfisema
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Enfermedad Pulmonar Obstructora Crónica
- Enfermedad vascular periférica
- Trombosis (Crónica)
- Otro: _____

Medicina General

- SIDA
- Diabetes (grave)
- Cáncer
- Lupus
- Epilepsia (grave)
- Enfermedad renal/Diálisis
- Otro: _____

VISIÓN (Marque todas las respuestas que apliquen)

	Un Ojo	Ambos Ojos
Cataratas	()	()
Glaucoma	()	()
Degeneración Macular	()	()
Desprendimiento de Retina	()	()
Retinopatía	()	()
Totalmente Ciego	()	()
Legalmente ciego	()	()
Otro _____	()	()

¿Qué discapacidad **impide** al solicitante viajar en el sistema regular de autobuses? Se requiere un diagnóstico detallado. Por favor sea específico. (Por favor, no use los códigos de diagnóstico).

¿Cómo afecta esta discapacidad a la capacidad funcional del solicitante y le impide usar el sistema regular de autobuses? (Por favor, explique en detalle).

Esta condición es: Permanente () Temporal ()

Si es temporal, ¿cuál es la duración esperada? _____
(Número de meses)

¿Requiere la discapacidad del solicitante que él o ella viaje con un acompañante?

() Sí () No () A veces

Si es así o, a veces, por favor explique:

¿El solicitante es capaz de viajar a y desde la parada del autobús?

() Sí () No

Si no, por favor indique todas las que correspondan.

- () No puede caminar si la calle o acera es demasiado empinada.
- () No puede viajar si no hay rampas en las aceras.
- () No puede cruzar las calles e intersecciones concurridas.
- () No puede tolerar temperaturas extremas.
- () No puede encontrar paradas de autobús debido a una discapacidad visual.
- () No puede caminar en el exterior sin apoyo durante 15 minutos.
- () Se confunde fácilmente y puede perderse.
- () Otro (favor de especificar) _____

Indique la capacidad del individuo para llevar a cabo de forma independiente las siguientes funciones utilizando el dispositivo de movilidad más eficaz.

	<u>Poca o ninguna Dificultad</u>	<u>Malestar y/o algunos inconvenientes/ Dificultad</u>	<u>Dolor severo o dificultad y adicional Discapacidad</u>	<u>Imposible o probabilidades de causar una grave crisis médica</u>
Encontrar su camino Entre conocidas Ubicaciones	_____	_____	_____	_____
Manejar dinero o entradas	_____	_____	_____	_____
Reconocer un destino O punto de referencia	_____	_____	_____	_____
Preguntar, comprender y Seguir las instrucciones	_____	_____	_____	_____
Viajar 200 pies (cuadra)	_____	_____	_____	_____
Viajar ¼ de milla (3 cuadras)	_____	_____	_____	_____
Tratar con lo inesperado Situaciones o lo inesperado Los cambios en la rutina	_____	_____	_____	_____
Con seguridad y eficacia Viajar a través de instalaciones complejas y/o llenas de gente	_____	_____	_____	_____

¿El solicitante es capaz de subir a o bajar de un autobús o camioneta equipada con ascensor de silla de ruedas?

() Sí () No

Si no, por favor explique:

**Se devolverán las aplicaciones con información ilegible o incompleta.
Por favor, use el sello de la oficina médica si está disponible.**

Persona que rellena la certificación:

Título Profesional: _____

Dirección Comercial:

Clínica o Agencia:

Teléfono de empresa: _____

Yo verifico que la información proporcionada para la certificación es verdadera y correcta.

Firma

Nombre Impreso

Fecha