

SOLICITUD PARA SERVICIOS PARATRANSIT DE ADA

El proveedor principal de transporte público en la Ciudad de Fort Collins es Transfort, el sistema de autobuses de ruta fija. Se alienta a quienes pueden usar los autobuses Transfort de ruta fija a que lo hagan. La Ley Estadounidense para Personas con Discapacidades de 1990 (ADA) requiere que las agencias de transporte que ofrecen servicio de ruta fija provean servicios complementarios de "paratransit" para las personas discapacitadas cuya discapacidad impide que puedan usar el autobús de ruta fija.

Las personas que desean calificar para el programa de paratransit de la Ciudad de Fort Collins deberán completar y entregar la solicitud a Transfort / Dial-A-Ride. Esto incluye completar y firmar el formulario adjunto de "Autorización para Divulgar Información Médica" y entregarla con su solicitud. Cuando su solicitud sea recibida, enviaremos un formulario de Verificación de Proveedor de Servicios Médicos al Proveedor de Servicios Médicos (HCP, por sus siglas en inglés) que usted identificó en su solicitud, para verificar su discapacidad o enfermedad. Es importante que usted liste el HCP que tiene mayor familiaridad con su discapacidad o enfermedad.

Una vez que Dial-A-Ride haya recibido el formulario del HCP, el personal de elegibilidad empezará a procesar su solicitud completada. Las solicitudes no se consideran completadas hasta que el formulario del HCP haya sido recibido por Dial-A-Ride. Las solicitudes incompletas pueden ocasionar una interrupción en el proceso de elegibilidad. Dial-A-Ride procesará su solicitud completada dentro de 21 días calendario a partir de la fecha en que se recibió el formulario completado por el HCP. Si no se efectúa una decisión durante este tiempo, se otorgará elegibilidad presuntiva hasta que pueda efectuarse una decisión.

Su elegibilidad para los servicios se determina de acuerdo a la información provista por usted y la información que obtenemos de su médico. Por favor llame a Dial-A-Ride al (970) 224-6002 si necesita esta solicitud en otro formato o si tiene preguntas sobre el proceso de elegibilidad, incluyendo la información de elegibilidad o renovación, el estatus de su solicitud, o peticiones para estatus de visitante. Envíe las solicitudes completadas por correo o por fax a:

Transfort / Dial-A-Ride
6570 Portner Road
Fort Collins, Colorado 80525

Tel.: (970) 224-6002
Fax: (970) 207-7969
lunes a viernes 8 a.m. a 5 p.m.

No hay cuotas asociadas con el proceso de solicitud. Los gastos asociados, como transporte y franqueo pueden ser reembolsados enviando una solicitud por escrito con un recibo o una factura, a la dirección que se provee a continuación. Los gastos serán verificados y reembolsados dentro de 14 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud de reembolso.

Administrador del Contrato, Transfort / Dial-A-Ride
250 N. Mason Street
Fort Collins, Colorado 80524

¿Quién es elegible para los servicios de paratransit?

Los reglamentos de la Ley Estadounidense para Personas con Discapacidades de 1990 (ADA) establecen que una persona puede ser elegible para servicios de paratransit bajo una de las siguientes tres categorías:

Categoría 1 | La primera categoría de elegibilidad incluye aquellas personas que no pueden usar el servicio de autobuses completamente accesible de la ruta fija. Se incluye en esta categoría a: "cualquier individuo discapacitado que no puede, como resultado de un impedimento físico o mental (incluyendo un impedimento de visión), sin la ayuda de otro individuo (excepto el operador de un elevador de sillas de ruedas u otro dispositivo de ayuda para el abordaje), abordar, viajar en o desembarcar de cualquier vehículo del sistema que es accesible a, y usable por, individuos con discapacidades." [Sección 37.123(e) (1) de los reglamentos del ADA].

Categoría 2 | Esta categoría aplica a individuos que pudieran usar el sistema de autobuses de ruta fija si fuese accesible (por ejemplo, si hubiese disponibilidad de autobuses con pisos bajos o equipados con un elevador, o si su parada fuese accesible).

Categoría 3 | "Cualquier individuo discapacitado que tiene una condición específica relacionada a un impedimento que evita que tal individuo pueda trasladarse hasta las paradas de abordaje o desembarque de tal sistema." [Sección 37.123 (e) (3) de los reglamentos del ADA]. Hay dos calificadores importantes para esta categoría incluidos en los reglamentos. Primero, las condiciones ambientales y barreras arquitectónicas que no están bajo el control de la entidad pública, consideradas por sí solas, no confieren elegibilidad. Segundo, el hecho de que el uso de los autobuses de la ruta fija resulte inconveniente, no es una base para la elegibilidad.

Tipos de Estatus de Elegibilidad

Según sus necesidades particulares, los solicitantes pueden calificar para cualquiera de los siguientes tipos de elegibilidad:

1 | Incondicional - Servicio completo por hasta tres (3) años.

2 | Condicional - Cualquier condición de servicio se hace de manera individual, dependiendo de las necesidades del pasajero. Ya que las condiciones varían de persona a persona, estas serán claramente explicadas en la carta de elegibilidad. Su especialista de elegibilidad podrá responder a cualquier pregunta que tenga sobre sus condiciones.

3 | Temporal - La elegibilidad temporal se provee a pasajeros que tienen una enfermedad o discapacidad temporal que impide que puedan usar el sistema de autobuses de Transfort. Puede otorgarse elegibilidad para el período que se anticipa que durará la discapacidad. La elegibilidad temporal puede ser condicional o incondicional dependiendo de las necesidades de la persona. Cualquier condición, si fuese aplicable, será claramente explicada.

4 | Estatus de Visitante – Los visitantes que tienen una certificación de elegibilidad para paratransit de ADA en cualquier otra jurisdicción de los Estados Unidos pueden usar Dial-A-Ride por hasta 21 días calendario al año, mostrando su tarjeta de identificación de ADA o carta de certificación. Es factible que los visitantes que no tienen esta certificación pero tienen una discapacidad que les impide el acceso al servicio de ruta fija puedan ser elegibles como visitantes. Un especialista de elegibilidad puede ayudarle a calificar como visitante.

Por favor note que la residencia no es un requisito para poder solicitar el servicio.

Recertificación de Elegibilidad

Cada pasajero de Dial-A-Ride deberá actualizar su certificación cuando su elegibilidad llegue a la fecha de vencimiento. Típicamente, la elegibilidad se extiende por tres (3) años a partir de la fecha de certificación. La carta de certificación ADA del pasajero indicará la fecha de vencimiento de su elegibilidad para paratransit.

Recertificación para Servicio

Si usted está renovando su certificación para el servicio, deberá completar una nueva solicitud para la continuación del mismo. Para evitar la interrupción o discontinuación del servicio de paratransit, por favor complete y entregue la solicitud a continuación a más tardar el _____.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN BÁSICA

¿Es esta una nueva solicitud o recertificación? Nueva Recertificación

1. Información del Solicitante

Apellidos		Nombres	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		Género	Correo electrónico
Teléfono en casa (xxx)xxx-xxxx	Teléfono del trabajo (xxx)xxx-xxxx	Teléfono celular (xxx)xxx-xxxx	
Dirección			Apt/Unidad No.
Ciudad	Estado	CP	
Dirección postal (si es diferente a la dirección de arriba)			Apt/Unidad No.
Ciudad	Estado	CP	

2. Contacto de Emergencia

Apellidos		Nombres	
Parentesco con el solicitante			
Teléfono en casa (xxx)xxx-xxxx	Teléfono del trabajo (xxx)xxx-xxxx	Teléfono celular (xxx)xxx-xxxx	
Dirección			Apt/Unidad No.
Ciudad	Estado	CP	

3. ¿Ha completado una solicitud para Dial-A-Ride previamente? SÍ NO

4. ¿Tiene actualmente, o tuvo anteriormente elegibilidad de paratransit en cualquier jurisdicción? SÍ NO

5. ¿Quién puede actuar en su nombre con Dial-A-Ride? (por ejemplo: programar o cancelar viajes)

6. ¿Es usted actualmente estudiante, profesor o empleado de Colorado State University? SÍ NO

SECCIÓN 2: PREGUNTAS GENERALES

1. ¿Tiene alguna condición de salud o discapacidad que le impide usar, de manera independiente, el servicio de autobús de ruta fija? Si es así, por favor explique brevemente.

2. ¿Cuándo requiere su condición de salud o discapacidad el uso del servicio de paratransit?
(marque todos los que apliquen):

- permanentemente
 de manera intermitente
 dependiendo del clima
 temporalmente
 N/A

Si es así, provea la fecha esperada de su recuperación	Fecha de Recuperacion (mm/dd/aaaa)
--	------------------------------------

3. ¿Usa usted equipos para movilidad o comunicación? SÍ NO

Si contestó SÍ, por favor indique qué equipos de movilidad o comunicación usa (marque todos los que apliquen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco | <input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica | <input type="checkbox"/> Carrito Eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Silla para Subir | <input type="checkbox"/> Tabla de Transferencia | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio |
| <input type="checkbox"/> Ayudas de Comunicación | <input type="checkbox"/> Otro (descripción): | |

4. Por favor marque la máxima distancia que razonablemente puede andar, sin la ayuda de otra persona. Por favor conteste tomando en cuenta el uso de su aparato de movilidad. También considere que se moverá sobre suelo parejo donde no hay barreras ni condiciones adversas de clima que afecten su movilidad.

- Menos de 200 pies
 1/4 de milla (3 cuadras)
 1/2 milla (5 cuadras)
 3/4 de milla (8 cuadras)
 Más de 3/4 de milla

Por favor calcule cuántos minutos le tomaría: _____

5. Un ayudante personal (PCA) es una persona que viaja como asistente designado o empleado de una persona discapacitada para ayudarle a efectuar sus necesidades personales o para facilitar su movilidad. Al usar el servicio de paratransit, ¿requiere su condición de salud o discapacidad que usted viaje con un ayudante personal (PCA)?

- SÍ NO

6. Por favor explique cualquier condición ambiental (por ejemplo: clima, temperatura, barreras físicas, etc.) u otras circunstancias que evitan que usted tenga acceso al uso de los autobuses de ruta fija:

SECCIÓN 3: AUTOBUSES DE RUTA FIJA

Por favor complete esta sección aunque no pueda usar el servicio regular de autobuses de ruta fija. Esta información nos ayudará a determinar cómo su discapacidad o condición de salud afecta su habilidad para usar el servicio regular de autobuses de ruta fija.

1. ¿Usa usted actualmente los autobuses de ruta fija? SÍ NO

Si es así, por favor indique cuáles rutas usa (marque todas las que apliquen):

- | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> MAX | <input type="checkbox"/> FLEX | <input type="checkbox"/> HORN | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 31 |
| <input type="checkbox"/> 32 | <input type="checkbox"/> 33 | <input type="checkbox"/> 81 | <input type="checkbox"/> 92 | | |

¿Con qué frecuencia usa los autobuses de ruta fija? _____

2. ¿Ha sido entrenado en el uso de los autobuses de ruta fija? SÍ NO

Si es así, ¿cree que le ayudó? SÍ NO

¿Quién le entrenó? _____

3. Por favor conteste "SÍ" o "NO" a las siguientes preguntas:

¿Puede usted usar un horario de rutas de autobuses para determinar el autobús que necesita y localizar las paradas del autobús? SÍ NO

¿Puede usted identificar el autobús correcto que deberá tomar cuando hay varios autobuses que llegan a una misma parada o estación de transbordo? SÍ NO

¿Puede usted abordar y desembarcar de manera independiente de un bus accesible para sillas de ruedas? SÍ NO

¿Sabría usted qué hacer si pierde su autobús? SÍ NO

¿Puede usted esperar en una parada de autobús accesible a ADA sin banca para sentarse? SÍ NO

¿Puede usted esperar en una parada de autobús accesible a ADA con banca para sentarse? SÍ NO

¿Puede usted esperar en una parada de autobús no accesible a ADA sin banca para sentarse? SÍ NO

¿Puede usted esperar en una parada de autobús no accesible a ADA con banca para sentarse? SÍ NO

4. Si actualmente usa el autobús de ruta fija...

¿Viaja usted únicamente a lugares que conoce o donde ha sido entrenado para ir?

¿Usa usted el autobús de la ciudad para viajar de manera independiente a cualquier lugar de la ciudad?

SECCIÓN 4: DISCAPACIDAD COGNITIVA

Las siguientes preguntas son referente a problemas cognitivos, por favor responda "SÍ" o "NO" a las siguientes preguntas. Si esta sección no es aplicable, por favor vaya a la Sección 5.

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Puede usted atravesar las calles sin ayuda? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Puede usted comunicar sus necesidades? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Puede usted entender la información impresa? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Puede usted procesar las palabras habladas e información auditiva? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Puede usted reconocer destinos, paradas, o puntos de referencia? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Puede usted lidiar con situaciones inesperadas o cambios a su rutina (por ejemplo: desvíos del autobús)? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Puede usted reconocer cambios en su estado mental o emocional? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

SECCIÓN 5: DISCAPACIDAD DE VISIÓN

Las siguientes preguntas son referente a problemas de visión. Si esta sección no es aplicable, por favor vaya a la Sección 6.

1. Por favor describa su discapacidad de visión:

2. ¿Es usted legalmente ciego?

SÍ

NO

3. Su discapacidad de visión es:

Degenerativa

Estable

Cambiante

Si su respuesta fue "Cambiante" por favor describa:

4. ¿Puede usted salir solo?

SÍ

NO

Si es así:

¿Únicamente en su propiedad?

¿Únicamente a lugares cercanos? (por ejemplo: en su propia cuadra)

¿A lugares más distantes? (vaya a la siguiente pregunta)

Si respondió "A lugares más distantes", por favor provea información más detallada. Por ejemplo, ¿Se limita usted a viajar por calles tranquilas, o puede navegar con seguridad las intersecciones congestionadas y los semáforos?

5. Si tiene visión parcial, ¿Su visión es afectada por cualquiera de lo siguiente? Si es así, por favor explique.

Sol brillante _____

Lugares con poca luz o en la sombra _____

La oscuridad _____

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN ADICIONAL

A continuación hay preguntas generales que ayudan a que Dial-A-Ride pueda ofrecer mejor servicio al cliente. Por favor conteste todas las preguntas aplicables lo mejor que pueda.

1. ¿Puede usted viajar en un vehículo tipo sedán, o requiere un vehículo equipado con un elevador? Por favor note que esto es únicamente para el propósito de programación de viajes, ya que Dial-A-Ride utiliza varios tipos de vehículos.

Sedán, por favor explique: _____

Equipado con elevador, por favor explique: _____

2. Si usa una silla de ruedas o scooter por favor conteste lo siguiente:

¿El vehículo mide más de 30 pulgadas de ancho? SÍ NO

¿El vehículo mide más de 48 pulgadas de ancho? SÍ NO

¿Es el peso combinado del vehículo y el ocupante es más de 600 libras? SÍ NO

NOTA: Quizá se requiera una certificación del peso combinado y esta es responsabilidad del solicitante.

Transfort ofrece Capacitación para Pasajeros o "Travel Training" que ayuda a que los pasajeros puedan aprender a usar el sistema de autobuses de ruta fija. La capacitación incluye aprender a leer los mapas y horarios, cómo pagar el pasaje y cómo hacer un transbordo, entre otras cosas. La capacitación puede ser uno a uno o en grupos pequeños, abordando del autobús o en un salón de clase.

3. ¿Desea más información sobre nuestro programa de Capacitación para Pasajeros? SÍ NO

Si desea que la carta que determina su elegibilidad sea enviada a otra persona, por favor provea a continuación el nombre y la dirección de esa persona:

Apellidos		Nombres	
Parentesco con el solicitante			
Dirección			Apt/Unidad No.
Ciudad	Estado	CP	

SECCIÓN 7: CERTIFICACIÓN Y FIRMA

La información que se provee en este formulario son datos privados que se usan para determinar la elegibilidad para paratransit de ADA. La habilidad para determinar su elegibilidad se basa en recibir toda la información que se pide en este formulario. Toda la información médica o de lugares en relación a la solicitud de, o los usuarios del servicio paratransit de ADA es privada, excepto el nombre del solicitante o usuario. Ninguna otra información puede ser divulgada a terceros, a menos que el solicitante o usuario lo autorice por escrito.

Certifico que toda la información en esta solicitud es correcta. Entiendo que cualquier información falsa o interpretación falsa de los hechos será causa para la descalificación o el rechazo de mi elegibilidad bajo ADA. También entiendo que es posible que el personal de elegibilidad de DAR se comuniquen con un profesional que conoce mi condición de salud o discapacidad para aclarar u obtener información adicional necesaria para determinar mi elegibilidad o necesidad de servicios. Se solicitará información de un profesional únicamente cuando la información provista en la solicitud no determina claramente la elegibilidad para paratransit de ADA.

Firma del Solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)
-----------------------	--------------------

Si la persona que ha completado esta solicitud no es el solicitante, por favor provea a continuación la información de la persona que completó esta solicitud:

Apellidos	Nombres
-----------	---------

Parentesco con el solicitante	Teléfono (xxx)xxx-xxxx
-------------------------------	------------------------

Firma de la persona que completó la solicitud	Fecha (mm/dd/aaaa)
---	--------------------

La ciudad de Fort Collins coordinará todo lo necesario para el acceso a los servicios, programas y actividades de la ciudad, y organizará aspectos especiales en relación con la comunicación para personas con discapacidades. Esto incluye servicios de idiomas para todas las personas que tengan capacidades limitadas para hablar, leer, escribir o comprender el idioma inglés, por medio de intérpretes sin cargo y la traducción de documentos vitales para las personas que utilizan los servicios de la ciudad. Llame al 970.221.6620 para recibir asistencia (V/TDD: Marque 711 para comunicarse con el sistema de retransmisión de Colorado).

SECCIÓN 8: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Para permitir que Transfort/Dial-A-Ride evalúe su solicitud de transporte según La Ley Estadounidense para Personas con Discapacidades de 1990, es necesario que nos comuniquemos con un proveedor de servicios médicos que está familiarizado con su discapacidad.

Por favor note que en algunos casos, su médico de cabecera quizá no sea el mejor recurso para la verificación de su discapacidad o condición de salud. Si hay un especialista u otro médico que tiene mayor familiaridad con su discapacidad o condición de salud específica (por ejemplo: Psiquiatra, Especialista de Orientación y Movilidad, Neurólogo, Cardiólogo, etc.), y éste tiene su historial médico más reciente, por favor proporcione la información de contacto de este proveedor de servicios médicos en vez de la de su médico de cabecera.

Por favor proporcione el nombre, la dirección y el número telefónico de su proveedor de servicios médicos. Si desea que nos comuniquemos con más de un proveedor de servicios médicos, por favor liste todos los nombres y las direcciones aplicables abajo.

Médico 1:

Nombre del Doctor	Nombre de la Clínica (si fuese aplicable)
Teléfono (xxx)xxx-xxxx	Fax (xxx)xxx-xxxx
Calle, Ciudad, Estado, CP	

Médico 2 (si fuese aplicable):

Nombre del Doctor	Nombre de la Clínica (si fuese aplicable)
Teléfono (xxx)xxx-xxxx	Fax (xxx)xxx-xxxx
Calle, Ciudad, Estado, CP	

Autorizo al proveedor de servicios médicos arriba mencionado para que libere o divulgue información al Programa Dial-A-Ride de la Ciudad de Fort Collins. Entiendo que esta información será utilizada exclusivamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransit ADA.

Nombre del Solicitante (Nombres y Apellidos)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección	Apt/Unidad No.	
Ciudad	Estado	CP
Firma del Solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)	