

SOLICITUD PARA SERVICIOS DE PARATRANSIT DE ADA

¿QUIÉN PUEDE SER ELEGIBLE PARA LOS SERVICIOS DE DIAL-A-RIDE?

Dial-A-Ride provee transporte de paratransit en Fort Collins a personas elegibles bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). La ADA requiere que las agencias de transporte con servicio de autobuses de ruta fija provean servicio complementario de paratransit a las personas cuya discapacidad juntamente con sus habilidades funcionales evita que puedan utilizar los autobuses de ruta fija.

Las personas que deseen calificar para el programa de paratransit de la Ciudad de Fort Collins deben completar y enviar este formulario de solicitud a Transfort o Dial-A-Ride. Esto incluye completar y firmar el formulario de “Autorización para Divulgar Información Médica” y entregarlo con su solicitud.

REQUISITOS PARA LA ELEGIBILIDAD DE DIAL-A-RIDE:

La ADA incluye dos requisitos para la elegibilidad de Dial-A-Ride:

1. Debe tener una discapacidad; y,
2. Su discapacidad debe evitar que pueda utilizar el servicio de autobús de Transfort de ruta fija.

La elegibilidad para Dial-A-Ride no se basa en:

- Edad
- Una discapacidad o un diagnóstico médico
- Falta de servicio de autobús de Transfort de ruta fija en un área
- Incapacidad para conducir
- Finanzas personales

Para ver las categorías de elegibilidad bajo los reglamentos de la ADA, por favor revise la Guía para Usuarios de Dial-A-Ride [disponible aquí](#).

¿CÓMO SE DETERMINA LA ELEGIBILIDAD?

Cuando su solicitud completada y su formulario de Autorización para Divulgar Información Médica firmada sean recibidas, Dial-A-Ride enviará un formulario de verificación al Proveedor o Profesional Médico (HCP, por sus siglas en inglés) que usted identificó en su solicitud, para verificar su discapacidad o enfermedad. Es importante que liste el HCP que esté más familiarizado con su discapacidad o enfermedad.

Una vez que el formulario completado por el HCP sea recibido por Dial-A-Ride, el personal de elegibilidad empezará a procesar su aplicación completada. Las solicitudes no se consideran completas hasta que el formulario del HCP haya sido completado y recibido por Dial-A-Ride. Las solicitudes incompletas pueden ocasionar una interrupción en el proceso de elegibilidad. La elegibilidad para los servicios se determina según la información que usted provee y la información obtenida de su HCP.

Dial-A-Ride procesará su solicitud completada dentro del plazo de 21 días calendario a partir de la fecha en que se recibió el formulario completado por el HCP. Si no se toma una decisión dentro de este plazo, se otorgará elegibilidad presuntiva en el vigésimo segundo (22º) día y se proveerá servicio hasta que pueda tomarse una decisión.

La determinación de elegibilidad se le notificará por carta, enviada por correo postal a la dirección que usted proporcionó en su solicitud. Si se determina que usted es elegible, recibirá una Guía para Usuarios de Dial-A-Ride con información sobre cómo utilizar el servicio.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD:

1. Conteste todas las preguntas por completo, lo mejor que pueda.
2. Asegúrese de firmar la solicitud. Las solicitudes incompletas o sin firma pueden serle devueltas.
3. Complete y firme el formulario de Autorización para Divulgar Información Médica. Los formularios incompletos o sin firma pueden serle devueltos.
4. El personal de Transfort puede comunicarse con usted para pedir información adicional para completar la determinación de elegibilidad.

Envíe las solicitudes completadas por correo postal o por fax a la dirección listada abajo:

Transfort/Dial-A-Ride

6570 Portner Road
Fort Collins, Colorado 80525

Tel.: (970) 224-6002

Fax: (970) 207-7969

Lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Por favor comuníquese con Dial-A-Ride al tel. (970) 224-6002 si necesita esta solicitud en un formato alternativo, requiere ayuda para completar la solicitud o si tiene cualquier otra pregunta sobre el proceso de elegibilidad, incluyendo información de elegibilidad o renovación, estatus de su solicitud o peticiones de estatus de visitante.

No hay cuotas asociadas con el proceso de la solicitud. Las cuotas incurridas en relación con el proceso de la solicitud como el transporte y el costo del envío postal pueden ser reembolsados enviando una petición escrita con un recibo o una factura a la dirección postal mencionada arriba. Las cuotas serán verificadas y reembolsadas dentro de un plazo de 14 días a partir de la fecha en que fue recibida la petición.



SECCIÓN 1: INFORMACIÓN BÁSICA

¿Es esta una solicitud nueva o una recertificación?

Nueva

Recertificación

1. Información del solicitante

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género	Dirección de email:
Tel. casa (xxx)xxx-xxxx	Tel. trabajo (xxx)xxx-xxxx	Tel. celular (xxx)xxx-xxxx
Dirección		N.º de Apt. o Unidad
Ciudad	Estado	Código Postal

2. Información de contacto de emergencia

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Parentesco con el solicitante		
Tel. casa (xxx)xxx-xxxx	Tel. trabajo (xxx)xxx-xxxx	Tel. celular (xxx)xxx-xxxx
Dirección		N.º de Apt. o Unidad
Ciudad	Estado	Código Postal

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

4. ¿Es usted actualmente un estudiante, profesor o personal de Colorado State University?

SÍ

NO

SECCIÓN 2: AUTOBÚS DE RUTA FIJA

Por favor conteste las siguientes preguntas considerando los días cuando su condición es más limitante. Estas preguntas tienen la intención de entender su habilidad para utilizar el sistema de autobuses de Transfort.

1. Dial-A-Ride es para personas con una discapacidad que impide que puedan utilizar el sistema de autobuses de Transfort. ¿Tiene usted una condición de salud o discapacidad que impide que usted pueda utilizar independientemente el servicio de autobuses de Transfort? Si es así, por favor explique brevemente.

2. Su condición o discapacidad afecta su habilidad para utilizar el sistema de autobuses de Transfort:

Siempre A veces Temporalmente N/A

Para cualquier selección que no sea “siempre”, por favor explique:

Si usted seleccionó “temporalmente” ¿Cuál es la fecha estimada de recuperación? (mm/dd/aaaa)

3. ¿Cuál es la mayor distancia a una parada de autobús o central de transporte que usted pudiera razonablemente trasladarse sin la ayuda de otra persona?

Menos de 1 cuadra 4 cuadras 8 cuadras o más

Por favor calcule cuántos minutos le tomaría esto:

4. Por favor explique cualquier otra barrera o circunstancia que impide que usted pueda acceder a las paradas o utilizar el sistema de autobuses de Transfort. Los ejemplos pueden incluir falta de aceras accesibles, alumbrado, clima, intersecciones congestionadas, lugares desconocidos, etc.

SECCIÓN 2: CONTINUACIÓN

5. ¿Utiliza usted actualmente el servicio de autobuses de Transfort?

SÍ

NO

Si la respuesta es "Sí", ¿Típicamente, qué rutas utiliza? _____

¿Qué tan a menudo utiliza el servicio de ruta fija? _____

¿Estaría interesado en aprender sobre la capacitación "travel training" para aprender a utilizar los autobuses de Transfort?

SÍ

NO

7. Para entender su habilidad para utilizar el sistema de autobuses de Transfort, por favor indique "SÍ" o "NO" a las siguientes preguntas:

¿Puede utilizar el horario de rutas de autobuses para determinar el autobús correcto y ubicar las paradas de los autobuses?

SÍ

NO

¿Puede identificar el autobús correcto que debe tomar cuando hay múltiples autobuses que llegan a una parada o central de transporte?

SÍ

NO

¿Puede abordar y desembarcar independientemente de un autobús que es accesible a sillas de ruedas?

SÍ

NO

¿Puede esperar en una parada de autobús accesible a ADA que no tiene una banca?

SÍ

NO

¿Puede esperar en una parada de autobús accesible a ADA que sí tiene una banca?

SÍ

NO

¿Puede esperar en una parada de autobús que no es accesible a ADA y no tiene una banca?

SÍ

NO

¿Puede esperar en una parada de autobús que no es accesible a ADA y sí tiene una banca?

SÍ

NO

8. Si actualmente utiliza el autobús de Transfort:

¿Utiliza usted el autobús para viajar únicamente a lugares que conoce o a lugares para los cuales ha sido capacitado para ir?

¿Utiliza usted el autobús para viajar independientemente a cualquier parte de la ciudad?



SECCIÓN 3: PREGUNTAS ESPECÍFICAS A DISCAPACIDAD

Si esta sección no es aplicable, por favor vaya a la Sección 4.

¿Puede usted cruzar las calles independientemente?	SÍ	NO
¿Puede usted comunicar cualquier necesidad?	SÍ	NO
¿Puede usted reconocer información impresa?	SÍ	NO
¿Puede usted procesar palabras habladas e información auditoria?	SÍ	NO
¿Puede usted reconocer destinos, paradas y puntos de referencia?	SÍ	NO
¿Puede usted navegar situaciones inesperadas o cambios a rutinas (como desvíos del autobús o perder el autobús)?	SÍ	NO
¿Puede usted reconocer cambios a su estado mental o emocional?	SÍ	NO

¿Tiene usted una discapacidad visual? Si la respuesta es SÍ, por favor descríbala:	SÍ	NO
--	----	----

¿Es usted legalmente ciego?	SÍ	NO
-----------------------------	----	----

Su discapacidad visual es: Degenerativa Estable Cambiante

Si contestó “Cambiante” por favor describa:



SECCIÓN 4: INFORMACIÓN ADICIONAL

A continuación, hay preguntas generales que ayudan a Dial-A-Ride a servir mejor a sus clientes. Por favor conteste todas las preguntas aplicables lo mejor que pueda.

1. ¿Cuáles de las siguientes ayudas de movilidad utiliza al usar el transporte? (Por favor marque todos los que correspondan)

- | | | |
|------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Bastón | Bastón blanco | Prótesis |
| Muletas | Andador | Scooter o carrito |
| Silla de ruedas manual | Silla de ruedas motorizada | Animal de servicio |
| Silla de abordar | Tabla de transferencia | |
| Dispositivos de comunicación | Oxígeno portátil | |

Otro (por favor explique): _____

2. ¿Requiere usted un vehículo equipado con ascensor o puede viajar en un vehículo tipo sedan? Por favor note, esto es únicamente para el propósito de programación de viajes ya que Dial-A-Ride utiliza diferentes tipos de vehículos.

Sedan (por favor explique): _____

Equipado con ascensor (por favor explique): _____

3. Si utiliza una silla de ruedas o “scooter” por favor conteste lo siguiente:

- | | | |
|---|----|----|
| ¿El dispositivo de movilidad mide más de 30 pulgadas de ancho? | Sí | NO |
| ¿El dispositivo de movilidad mide más de 48 pulgadas de ancho? | Sí | NO |
| ¿El peso combinado del vehículo y el ocupante es más de 600 libras? | Sí | NO |

NOTA: Es factible que se requiera certificación del peso combinado y esta es responsabilidad del solicitante.

4. Al utilizar el servicio de paratransit, ¿Necesitará viajar con un Ayudante Personal (PCA, por sus siglas en inglés)?

Un PCA es una persona que viaja como ayudante designado o empleado por una persona con discapacidad para ayudarle con sus necesidades personales y facilitar sus viajes.

	Sí	NO
--	----	----

Si hay una persona adicional a quien desea que sea enviada su Carta de Determinación de Elegibilidad, por favor complete la siguiente información:

Apellido	Nombre	
Parentesco con el solicitante		
Dirección	N.º de Apt. o Unidad	
Ciudad	Estado	Código Postal

SECCIÓN 5: CERTIFICACIÓN Y FIRMA

La información provista en este formulario son datos privados y se utilizan 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 geográfica asociada con la solicitud para el servicio de paratransit de ADA es privada, excepto el nombre del solicitante o usuario. Cualquier otra información no puede ser divulgada a nadie, a menos que el solicitante o usuario autorice por escrito su divulgación.

Certifico que toda la información en esta solicitud es correcta. Entiendo que cualquier desinformación o tergiversación de los hechos será causa para la descalificación o la denegación de mi elegibilidad de ADA. Asimismo, entiendo que un profesional que entiende mi condición de salud o discapacidad puede ser contactado para clarificar u obtener información adicional requerida para determinar mi elegibilidad o necesidad de servicio. Se solicitará información de un profesional únicamente cuando la información provista en la solicitud no determine claramente la elegibilidad para paratransit de ADA.

Firma del solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)
Si alguien que no es el solicitante está preparando este formulario, por favor provea la siguiente información sobre la persona que completó esta solicitud:	
Apellido	Nombre
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 hará adaptaciones razonables para el acceso a los servicios, programas y actividades de la Ciudad y hará arreglos especiales de comunicación para las personas con discapacidad. Esto incluye el acceso a idiomas para las personas con habilidades limitadas para hablar, leer, escribir o entender el inglés, proporcionando intérpretes sin costo y la traducción de documentos vitales para las personas que utilizan los servicios de la Ciudad. Si necesita ayuda, por favor llame al tel. 970-221-6620 (V/TDD: Marque 711 para Relay Colorado).



SECCIÓN 6: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Para permitir que Transfort y Dial-A-Ride evalúen su solicitud para transporte bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990, es necesario que nos comuniquemos con un proveedor de servicios médicos u otro profesional que esté familiarizado con su discapacidad. Por favor note que, en algunos casos, su médico de cabecera quizá no sea la mejor fuente de información para la verificación de su discapacidad o condición médica. Si hay un especialista u otro profesional que esté más familiarizado con su discapacidad o condición medica particular (por ejemplo, psiquiatra, trabajador social, educador, especialista de orientación y movilidad, neurólogo, terapeuta físico, especialista de vida independiente, etc.) y tiene su historial médico reciente, por favor proporcione la información de contacto de ese proveedor en lugar de su médico de cabecera. Por favor provea el nombre, la dirección y el número telefónico de su proveedor de servicios médicos u otro profesional. Si desea que nos comuniquemos con más de un proveedor, por favor liste todos los nombres y las direcciones aplicables abajo:

Profesional 1:

Nombre	Nombre del médico o grupo (si es aplicable)
Teléfono (xxx)xxx-xxxx	Fax (xxx)xxx-xxxx
Dirección / Ciudad / Estado / CP	

Profesional 2 (si fuese aplicable):

Nombre	Nombre del médico o grupo (si es aplicable)
Teléfono (xxx)xxx-xxxx	Fax (xxx)xxx-xxxx
Dirección / Ciudad / Estado / CP	

Autorizo a que los profesionales arriba mencionados divulguen 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 de ADA. Entiendo que esta autorización será válida hasta que se haya hecho una determinación de elegibilidad. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento enviándola a la oficina de Transfort y Dial-A-Ride.

Nombre y apellido del solicitante	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Dirección	N.º de Apt. o Unidad	
Ciudad	Estado	Código Postal
Firma del solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)	