

Concho Valley Transit District



Regresar a:
510 N. Chadbourne
San Angelo, TX 76903



CERTIFICACION DE ELIGIBILIDAD ADA PARATRANSITO

CVT ADA Paratransito es un sistema de viaje compartido de “destino a destino” (basado en los lugares de recogida) que funciona durante las mismas horas y días que el servicio de ruta fija. El costo del viaje de CVT ADA Paratransito es \$2 por proyecto (\$4 de ida y vuelta), que se paga a cada uno de los operadores en cambio exacto, a través de la aplicacion Token Transit app (disponible en Google Play y App Store), o puede comprar un “Red Dot” del operador o una instalacion Multi-Modal por \$20, que es bueno para 10 viajes.

NO ofrecemos servicio el mismo dia! TODAS las citas deben hacerse antes de las 3 P. M. del dia ANTERIOR de la cita. Las citas se pueden hacer de Lunes-Sabado y el Domingo por correo de voz, llamando a nuestra línea de reserva al 325-947-8729.

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

El proceso de elegibilidad de CVT ADA Paratransito puede tardar hasta 21 dias después de recibir una solicitud completa. Para que CVT pueda asistir mejor sus necesidades y habilidades, por favor tomese el tiempo para responder a TODAS las preguntas y rellenar TODOS los espacios vacíos. **Paginas 1-6 deben ser completadas por usted o alguien que le este ayudando. Las ultimas dos paginas (7 & 8) deben ser completado por su proveedor medico o un cuidador certificado/con licencia que este familiarizado con su condicion.** Las solicitudes que no sean legibles o firmadas por el solicitante Y el proveedor/cuidador medico ser devueltas.

Informacion Personal y de Contacto

NOMBRE _____
Primer Medio Apellido

DOMICILIO _____
Calle # de APT Ciudad Estado Codigo Postal

NOMBRE DEL COMPLEJO DE APARTAMENTO (Edificio#/Letra) _____

DIRRECCION DE ENVIO _____
(Si es diferente de la direccion fisica) Calle # de APT Ciudad Estado Codigo Postal

NUMERO DE TELEFONO _____ NUMERO DE CONTACTO ALTERNATIVO _____
FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ (MES/DIA/ANO)

CONTACTO DE EMERGENCIA _____
Nombre Relacion Numero de Telefono

DOMICILIO _____
Calle # de APT Ciudad Estado Codigo Postal

ACTUALMENTE TIENE MEDICAID? SI _____ NO _____

Transporte Actual

Marque lo que corresponda: _____ Nuevo _____ Renovacion de ADA (ADA # _____)

1. Utiliza autobuses **Ruta Urbana Fija** ahora? Si _____ No _____ A veces _____
Si no, o a veces, ¿qué le impide usar autobuses Urbanos de Ruta Fija? (por ejemplo, no banquetas)

2. Cual es la parte mas **difícil** de viajar en autobuses Urbanos de Ruta Fija para ti?

3. Por favor, cuentanos sobre los horarios que **puedes** utilizar los autobuses de ruta fija.

4. Cual es la parada de autobus mas **cercana** a su residencia?
(Por favor indique ubicaciones)

5. Puedes llegar a esta parada por ti mismo? Si _____ No _____ A veces _____

Si no, o a veces, explique: _____

6. **Usted puede...**

Utilizar un telefono para hacer llamadas/ obtener informacion sobre el servicio de autobus? Si _____ No _____

Pedir, entender, seguir instrucciones escritas y habladas? Si _____ No _____

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

(Nota: Las personas que no usan una silla de ruedas y no puedan abordar el autobús pueden entrar en el auto utilizando la rampa y/o el ascensor)

Si _____ (sin la rampa/ascensor) Si _____ (usando la rampa/ascensor) No _____ A veces _____

Si no, o aveces, explique: _____

8. Si no viajas en los autobuses de **Urbano de Ruta Fija: como viajas actualmente?**

(por ejemplo; familiar, amigo, vehiculo personal) Por favor, indique todos los modos disponible para usted:

9. En el pasado, has utilizado el transporte público para viajar?
Si _____ No _____ En caso afirmativo, indique ubicación (Ciudad o Estado) _____

Movilidad y Capacidad Funcional

Marque todo lo que usa regularmente... Poner adecuada en casilla.

<input type="checkbox"/> **Silla de Ruedas Manual	<input type="checkbox"/> **Silla de Ruedas Ancha	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> **Silla de Ruedas Larga	<input type="checkbox"/> Silla-Tipo Cochecito	<input type="checkbox"/> Ortopedico(s)
<input type="checkbox"/> Baston/Blanco	<input type="checkbox"/> Andador (Sin-doblar)	<input type="checkbox"/> **Silla de Ruedas Electrica
<input type="checkbox"/> Aparato Orthopedico	<input type="checkbox"/> Andador (doblable)	<input type="checkbox"/> **Silla de Ruedas Alta
<input type="checkbox"/> ** Scooter Electrico	<input type="checkbox"/> Animal de Servicio	<input type="checkbox"/> Ninguno de estos
<input type="checkbox"/> Oxigeno Portatil	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Despostivo de Comunicación

Si es otro, por favor describa:

****Si** usas un scooter manual o motorizado, mide mas de 30 pulgadas de ancho y mas de 48 pulgadas de largo? Si _____ No _____

****Si** utiliza una silla de ruedas o un scooter manual o electrico, cual 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 transportar un dispositivo de movilidad/ocupante si el peso combinado excede las especificaciones de elevación establecidas por el fabricante, o si se demuestra que el transporte del dispositivo de movilidad es incompatible con los requisitos de seguridad legítimos.

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 con sus necesidades personales.** ¿Su discapacidad requiere que usted viaje con un PCA?

Si _____ No _____ A veces _____

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

<input type="checkbox"/> Menos de 200 pies	<input type="checkbox"/> 5-6 cuabras
<input type="checkbox"/> 1-2 cuabras	<input type="checkbox"/> 7-8 cuabras
<input type="checkbox"/> 3-4 cuabras	<input type="checkbox"/> 9 o mas cuabras

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

Si _____ No _____ En caso Si, Explique _____

4. **Puedes subir tres (3) escalones de 10 pulgadas sin ayuda?**

Si 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 esta bien) Si No A veces

Si no, o a veces, explique: _____

6. Puede cruzar el trafico en una interseccion con semaforo controlado en las siguientes areas?

Residencial Semi-Negocio Negocio

7. Si tiene una **discapacidad cognitiva**, usted puede:

a. Dar nombre, direccion y numeros de telefono a peticion? Si No A veces

b. Reconocer un destino o punto de referencia? Si No A veces

c. Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios en la rutina?

Si No A veces

d. Pedir, entender y seguir instrucciones? Si No A veces

e. Viajar de forma segura y eficaz por instalaciones concurridas y/o complejas?

Si No A veces

Si a veces, explique: _____

8. Si tiene una **discapacidad auditiva o del hablar**, puede;

a. Comunicarse con dispositivo aumentativo? Si No A veces

b. Comunicarse por escrito? Si No A veces

c. Comunicarse por telefono? Si No A veces

9. Solicita disposiciones para **acomodacion razonable**, bajo de la **directrices de ADA y Section 504**? Si No

En caso afirmativo, explique su solicitud de provisiones: _____

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

Ambiente Vecinal

1. Como describiria el area donde vive (por ejemplo, colinas muy empinadas; colinas largas y gradual, plano, sin banquetas,etc.)? _____

Hay banquetas en su residencia? Si No

Hay una rampa en su residencia? Si No

Se necesita de una rampa? Si No

2. Hay escalones en la entrada de su residencia? Si ___ No ___
En caso afirmativo, aproximadamente cuantos escalones? _____

3. Vives en el piso de abajo? Si ___ No ___

4. Hay un autobus de Ruta Fija Urbana que viaja en su vecindario?
Si ___ No ___ Desconocido ___

5. Como te mueves en tu vecindario? (por ejemplo; caminando, caminando con baston, silla de
ruedas, etc.) _____

Condicion Medica/Incapacitante

Por favor, marque la(s) condicion(es) medica(s) o incapacitante(s) que **le impede** usar los servicios de **Ruta Fija Urbana**. Haga un lista de todas las condiciones/discapacidades que corresponden:

___ Paraplejico

___ Esclerosis Multiple

___ Derrame

___ Cuadriplejico

___ Diabetes

___ Legalmete Ciego

___ Discapacidad Intelectual

___ Asma

___ Alzheimer's

___ Artritis (Cadera, pierna, otro)

___ Orto

Por favor explique en detalle: _____

1. Por favor explique la gravedad/nivel/grado de la condicion de discapacidad: _____

2. Como le **impede** esta condicion incapacitante utilizar los autobuses de **Ruta Fija Urbana**? _____

3. Es esta condicion/discapacidad **temporal**? Si ___ No ___

En caso afirmativo, Cual es la duracion 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**?

Si ___ No ___ En caso si, por favor explique: _____

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. Si ___ No ___ A veces ___
En caso afirmativo o a veces, por favor 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 Paratransito.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que cualquier información falsa o omisión puede llevar a la terminación de mis privilegios de transporte en los vehículos de ADA Paratransito. (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, por favor de completar lo siguiente:

Nombre: _____
Dirreccion: _____
Numero de teléfono: _____
Relacion 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.

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