



CONCHO VALLEY TRANSIT DISTRICT PROGRAMA DE PARATRANSITO ADA

Informacion del programa:

El Distrito de Tránsito del Valle de Concho (CVTD) ofrece un servicio de Paratránsito ADA para garantizar el transporte accesible a personas con discapacidad que no pueden usar de forma independiente el sistema de autobuses de Ruta Fija. Este servicio especializado opera de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 y está disponible únicamente para los residentes que viven dentro de los límites de la ciudad de San Angelo.

ADA Paratransit es un **servicio compartido de destino a destino** (según las ubicaciones de recogida disponibles) que opera durante las mismas horas y días que los autobuses de ruta fija de CVTD.

Este programa brinda acceso esencial a servicios médicos, nutricionales, laborales y otros destinos de calidad de vida para aquellos que no pueden utilizar el sistema de ruta fija de CVTD.

Elegibilidad y condiciones del programa:

Elegibilidad del cliente: El servicio está disponible solo para personas con discapacidades que no pueden navegar o utilizar de forma independiente el transporte de ruta fija.

Proceso de solicitud: La solicitud del Programa de Paratránsito ADA debe completarse de forma completa y precisa, y debe estar firmada por el cliente o tutor y alguien con acreditación profesional, antes de que puedan comenzar los servicios.

Para solicitar los servicios de Paratránsito ADA, puede acceder a la solicitud de tres maneras:

1. **En persona:** Recoja y entregue las solicitudes en la Instalación Multimodal, de Lunes a Viernes, de 8:00 AM a 5:00 PM.
2. **Por correo:** Solicite una solicitud llamando al 325-947-8729. Las solicitudes completas deben devolverse por correo y marcarse como "confidencial" en el sobre para proteger su privacidad.
3. **En línea:** Puede descargar la solicitud desde el sitio web de CVT: www.cvtd.org, en la sección de programas. Las solicitudes completas deben presentarse en persona o por correo.

Por favor envíe su solicitud completa a;

Concho Valley Transit District
ATTN: Compliance
510 N. Chadbourne Street
San Angelo, Texas 76903

Elegibilidad para viajes: El servicio de transporte adaptado ADA está disponible para todos los viajes que afectan la calidad de vida, como viajes médicos (no Medicaid), nutrición, empleo y servicios comunitarios.

Gestión de Movilidad – Entrenamiento de Viaje:

CVTD ofrece capacitación en gestión de viajes para ayudar a las personas mayores y con discapacidad a utilizar el transporte público con confianza e independencia. Este servicio gratuito está diseñado para garantizar que los clientes se sientan cómodos utilizando las opciones de transporte de CVTD de forma segura y eficaz.

La formación incluye:

- Asistencia paso a paso para completar las solicitudes requeridas
- Cómo programar y planificar viajes adecuadamente
- Abordar y salir de vehículos de forma segura, incluido el uso de dispositivos de movilidad.
- Comprender las responsabilidades de los pasajeros y el Código de Conducta
- Consejos para viajar de forma independiente a destinos médicos, nutricionales, laborales y de servicio comunitario.

Cómo Utilizar y Organizar el Transporte:

Programación de un viaje: Para coordinar el transporte, llame al **Distrito de Tránsito del Valle de Concho (CVTD) al 325-947-8729**. Todos los viajes deben programarse antes de las 3 p. m. del día anterior; no se permiten solicitudes para el mismo día.

Información requerida: Al programar su viaje, los clientes deben proporcionar su nombre, direcciones de recogida y entrega, el propósito del viaje y la hora solicitada. Los viajes de regreso deben programarse a la misma hora que la reserva original.

Procedimiento de recogida: Los pasajeros deben estar listos en su punto de recogida designado **15 minutos antes** de la hora programada. Los conductores esperarán hasta 5 minutos a su llegada antes de continuar con la siguiente parada.

Accesibilidad: Todos los vehículos CVTD son **accesibles según la ADA** y están equipados para acomodar dispositivos de movilidad.

Tarifa: \$2 por trayecto (\$4 ida y vuelta). Pague con el cambio exacto a través de la app Token Transit o con una tarjeta perforada "Red Dot" de \$20 (válida para 10 viajes).



Concho Valley Transit District



PAQUETE DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA TRANSPORTE PARATRANSITO ADA

FECHA: _____

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO

NOMBRE: _____
PRIMER MI APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ (MES/DIA/AÑO)

DIRECCIÓN DE CASA: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

☐ MARCA SI LA DIRECCIÓN POSTAL ES LA MISMA QUE LA DIRECCIÓN DE DOMICILIO

DIRECCIÓN DE ENVÍO: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
NOMBRE RELACION NUMERO DE TELEFONO

¿ESTÁS INSCRITO EN MEDICAID? - SI ☐ NO ☐

MARQUE LO QUE CORRESPONDA: NUEVO SOLICITANTE DE ADA ☐ RENOVACIÓN DE SOLICITANTE DE LA ADA ☐

TRANSPORTE ACTUAL

1. ¿UTILIZAS AHORA AUTOBUSES DE RUTA FIJA? ? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

SI NO O A VECES, ¿QUÉ LE IMPIDE USAR AUTOBUSES DE RUTA FIJA?

2. ¿CUÁL ES LA PARTE MÁS DIFÍCIL DE VIAJAR EN AUTOBUSES DE RUTA FIJA PARA TI?

3. ¿HAY ALGÚN HORARIO EN QUE SE PUEDAN USAR LOS AUTOBUSES DE RUTA FIJA?

4. ¿CUÁL ES LA PARADA DE RUTA FIJA MÁS CERCANA A SU RESIDENCIA?

5. ¿PUEDES LLEGAR A ESTE LUGAR POR TI MISMO? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

SI NO O A VECES, EXPLIQUE:

6. SI ACTUALMENTE NO VIAJA EN EL TRANSPORTE PARATRANSITADA DE AUTOBUSES O DE RUTA FIJA, ¿CÓMO VIAJA ACTUALMENTE? (FAMILIA, AMIGOS, VEHÍCULO PERSONAL, TAXI, ETC.)

7. ¿HA UTILIZADO EL TRANSPORTE PÚBLICO EN EL PASADO? SI ☐ NO ☐

MOVILIDAD Y CAPACIDAD FUNCIONAL

1. ¿PUEDES SUBIR AL AUTOBÚS SOLO? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

SI NO O A VECES, EXPLIQUE:

2. ¿PUEDE USAR UN TELÉFONO PARA HACER LLAMADAS/OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE AUTOBÚS?

SI ☐ NO ☐

3. ¿ES USTED CAPAZ DE PEDIR, ENTENDER Y SEGUIR INSTRUCCIONES ESCRITAS O HABLADAS? SI ☐ NO ☐

MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:

- ☐ SILLA DE RUEDAS MANUAL ☐ SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA ☐ POWER SCOOTER ☐ SILLA DE RUEDAS LARGA
- ☐ SILLA DE RUEDAS ALTA ☐ SILLA DE RUEDAS ANCHA ☐ MULETAS ☐ SILLA TIPO COCHECITO
- ☐ ANDADOR (PLEGABLE) ☐ BASTON/BLANCO ☐ APARATO ORTOPEDICO ☐ ANDADOR (NO PLEGABLE)
- ☐ ANIMAL DE SERVICIO ☐ PROTESIS ☐ NINGUNO DE ESTOS

4. SI UTILIZA UNA SILLA DE RUEDAS O UN SCOOTER MANUAL O ELÉCTRICO, ¿MIDE MÁS DE 30" DE ANCHO Y MÁS DE 48" DE LARGO? SI ☐ NO ☐

5. SI UTILIZA UNA SILLA DE RUEDAS O UN SCOOTER MANUAL O ELÉCTRICO, ¿CUÁL ES EL PESO COMBINADO DEL OCUPANTE Y EL DISPOSITIVO? _____

6. SI TIENE UNA DISCAPACIDAD QUE AFECTE SU MOVILIDAD, INDIQUE LA DISTANCIA QUE PUEDE RECORRER SIN LA AYUDA DE OTRA PERSON.:

_____ MENOS DE 200 PIES _____ 5 – 6 BLOQUES

_____ 1 – 2 BLOQUES _____ 7 – 8 BLOQUES

_____ 3 – 4 BLOQUES _____ 9 O MAS BLOQUES

_____ N/A

7. ¿SU CAPACIDAD PARA RECORRER ESTA DISTANCIA DE FORMA INDEPENDIENTE SE VE AFECTADA POR EL CLIMA, COMO NIEVE, HIELO/TEMPERATURA, O BARRERAS, COMO COLINAS EMPINADAS U OTROS TERRENOS?

SI ☐ NO ☐

SI ES ASÍ, EXPLIQUE: _____

8. ¿ES USTED CAPAZ DE ESPERAR AFUERA EN DIFERENTES CONDICIONES CLIMÁTICAS DURANTE 15 A 30 MINUTOS?

SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

SI NO O A VECES, EXPLIQUE: _____

9. ¿TIENE USTED UNA DISCAPACIDAD COGNITIVA? SI ☐ NO ☐

SI NO, PASE A LA PREGUNTA 10.

¿ERES CAPAZ DE?:

- A. ¿DAR NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO SI SE LO SOLICITA? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐
- B. ¿RECONOCES UN DESTINO O UN MONUMENTO? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐
- C. AFRONTAR SITUACIONES INESPERADAS O CAMBIOS EN LA RUTINA? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐
- D. ¿PEDIMOS, COMPRENDEMOS Y SEGUIMOS INSTRUCCIONES? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐
- E. ¿CÓMO VIAJAR DE FORMA SEGURA Y EFICAZ A TRAVÉS DE LAS INSTALACIONES? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

10. ¿TIENE ALGUNA DISCAPACIDAD DE HABLA O AUDICIÓN? SI ☐ NO ☐

SI NO, PASE A LA PREGUNTA 11.

¿ERES CAPAZ DE?:

- A. ¿COMUNICARSE CON UN DISPOSITIVO AUMENTATIVO? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐
- B. ¿COMUNICARSE POR ESCRITO? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐
- C. ¿COMUNICARSE POR TELÉFONO? SI ☐ NO ☐ A VECES ☐

11. ¿SOLICITA DISPOSICIONES PARA ADAPTACIONES RAZONABLES, BAJO LAS DIRECTRICES DE LA ADA Y LA SECCIÓN 504? SI ☐ NO ☐

SI ES ASÍ, EXPLIQUE SU SOLICITUD? _____

ENTORNO DEL VECINDARIO

1. ¿CÓMO DESCRIBIRÍAS LA ZONA DONDE VIVES? (COLINA MUY EMPINADA, COLINA LARGA Y GRADUAL, PLANA, SIN BANQUETAS, ETC.) _____

2. ¿HAY BANQUETAS EN SU RESIDENCIA? SI ☐ NO ☐

3. ¿HAY UNA RAMPA EN SU RESIDENCIA? SI ☐ NO ☐
4. ¿ES NECESARIA UNA RAMPA? SI ☐ NO ☐
5. ¿HAY ESCALONES EN LA ENTRADA DE SU RESIDENCIA? SI ☐ NO ☐
- SI ES ASÍ, ¿CUÁNTOS? _____
6. ¿VIVES EN LA PLANTA BAJA? SI ☐ NO ☐

CONDICIÓN MÉDICA/DISCAPACITANTE

MARQUE/NOMBRE TODAS LAS CONDICIONES Y DISCAPACIDADES QUE APLICAN:

- ☐ PARAPLÉJICO ☐ ESCLEROSIS MÚLTIPLE ☐ ATAQUE ☐ TETRAPÉJICO
- ☐ DIABETES ☐ LEGALMENTE CIEGO ☐ ARTRITIS ☐ DISCAPACIDAD INTELECTUAL
- ☐ EPILEPSIA ☐ ASMA ☐ ALZHEIMER/DEMENCIA
- ☐ OTRO

SI ES OTRO, EXPLIQUE:

1. EXPLIQUE LA GRAVEDAD/NIVEL/GRADO DE LA CONDICIÓN DISCAPACITANTE:

2. ¿ESTA CONDICIÓN/DISCAPACIDAD ES TEMPORAL? SI ☐ NO ☐

SI ES ASÍ, DURACIÓN PREVISTA:

3. ¿TIENE UN ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL (PCA)? SI ☐ NO ☐

4. ¿CÓMO ESTA DISCAPACIDAD/CONDICIÓN LE IMPIDE UTILIZAR AUTOBUSES DE RUTA FIJA??

5. ¿SU DISCAPACIDAD/CONDICIÓN(ES) CAMBIA DE UN DÍA A OTRO QUE AFECTA SU CAPACIDAD PARA USAR AUTOBUSES DE RUTA FIJA?? SI ☐ NO ☐

SI ES ASÍ, EXPLIQUE:

6. ¿HAY ALGUNA OTRA INFORMACIÓN MÉDICA O EFECTOS DE SU DISCAPACIDAD QUE CVTD DEBERÍA CONOCER EN CASO DE EMERGENCIA? (POR EJEMPLO, HEPATITIS, TUBERCULOSIS, ASMA, DIABETES, ETC.) _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y COMPLETA. ENTIENDO QUE CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA U OMISIÓN PODRÍA RESULTAR EN LA CANCELACIÓN DE MIS PRIVILEGIOS DE TRANSPORTE EN EL PROGRAMA DE TRANSPORTE PARATRANSITO ADA DE CVTD.

(ESTE FORMULARIO DEBE CONTAR CON LA FIRMA ORIGINAL DEL SOLICITANTE/TUTOR ANTES DE SER ACEPTADO)

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

SI ALGUIEN QUE NO SEA LA PERSONA QUE SOLICITA LA CERTIFICACIÓN HA COMPLETADO ESTA SOLICITUD, COMPLETE LO SIGUIENTE:

NOMBRE: _____

DIRECION: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

RELACIÓN CON LA SOLICITANTE: _____

¡ALTO! LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS RESTANTES DE ESTA SOLICITUD DEBEN SER PROPORCIONADAS POR UNA PERSONA CON CERTIFICACIÓN PROFESIONAL (PROVEEDOR MÉDICO, CUIDADOR, TRABAJADOR SOCIAL, ADMINISTRADOR DE CASOS, PERSONAL DE GESTIÓN DE MOVILIDAD, ETC.) QUE ESTÉ FAMILIARIZADA CON SU AFECCIÓN. NO DESMONTE LAS PÁGINAS DE LA SOLICITUD.

TO WHOM IT MAY CONCERN,

THE AMERICANS WITH DISABILITIES ACT OF 1990 (ADA) REQUIRES CVTD TO PROVIDE PARATRANSIT SERVICE TO INDIVIDUALS WHO, BECAUSE OF THEIR MEDICAL CONDITION OR DISABILITY, ARE PREVENTED FROM USING CVTD FIXED ROUTE BUS SERVICE FOR MOST TRIPS. AGE, ECONOMIC STATUS, AND ENVIRONMENTAL CONDITIONS MAY NOT BE CONSIDERED "MEDICAL/DISABILITY" FACTORS IN THE ASSESSMENT OF PARATRANSIT ELIGIBILITY. THE INFORMATION REQUESTED OF YOU IN THE FOLLOWING SECTIONS WILL BE USED TO DETERMINE THE APPLICANT'S CVTD 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 INTERACTION OF THIS APPLICANT: _____

2. BASED ON YOUR KNOWLEDGE OF THE CLIENT'S CONDITON, IS THE INFORMATION PROVIDED ON THE PREVIOUS PAGES A RESONABLE REPRESENTATION OF THEIR CONDITION? YES ☐ NO ☐

IF NO, EXPLAIN: _____

3. HOW DOES THE DISABILITY/CONDITION PREVENT THE APPLICANT FROM RIDING THE FIXED ROUTE SYSTEM? WHAT ARE THE LIMITATIONS?

4. IF TEMPORARY, WHAT IS THE ANTICIPATED RECOVERY DATE FOR INDEPENDENT TRAVEL? IF THIS IS NOT TEMPORARY, PLEASE MOVE ON TO QUESTION NUMBER 5.

5. CAN THE APPLICANT TRAVEL INDEPENDENTLY FROM THEIR HOUSE TO THE SIDEWALK? YES ☐ NO ☐

IF NO, EXPLAIN: _____

6. CAN THE APPLICANT REQUIRE THEM TO TRAVEL WITH A PERSONAL CARE ATTENDANT?

YES ☐ NO ☐ SOMETIMES ☐

7. COULD THE APPLICANT BENEFIT FROM TRAVEL TRAINING? YES ☐ NO ☐

8. IS THE APPLICANT MOBILITY DEVICE DEPENDENT? YES ☐ NO ☐

9. PLEASE LIST ANY OTHER FACTORS WHICH SIGNIFICANTLY RESTRICT THE APPLICANT'S MOBILITY (EXTREME TEMPERTURES, ETC.)

CERTIFICATION:

I HEREBY CERTIFY THAT THE INFORMATION I HAVE PROVIDED IN THIS APPLICATION IS A FAIR REPRESENTATION OF THIS APPLICANT'S MEDICAL DISABILITY OR CONDITION AND IS ACCURATE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. I UNDERSTAND THAT THE INFORMATION PROVIDED HERE WILL BE USED FOR THE SOLE PURPOSE OF DETERMINING THE APPLICANT'S ELIGIBILITY FOR PARATRANSIT SERVICES. I, ALSO AGREE THAT CVTD MAY CONTACT ME FOR CLARIFICATION OF ANY INFORMATION I HAVE PROVIDED AND THAT I WILL REPLY IN GOOD FAITH.

FULL NAME: _____

BUSINESS/AGENCY NAME: _____

STREET ADDRESS: _____

CITY: _____ **STATE:** _____ **ZIP CODE:** _____

TELEPHONE: _____

SIGNATURE: _____

DATE: _____

***STAMPED SIGNATURES ON THIS CERTIFICATION WILL NOT BE ACCEPTED.**