

## **SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIO DE PARATRÁNSITO**

Los sistemas de paratrásito de la región operan de acuerdo con el Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) de 1990 y cada programa está diseñado para servir a individuos cuyas situaciones de discapacidad o limitaciones funcionales les impiden utilizar los servicios de rutas regulares y fijas.

Entregar el formulario diligenciado a:

### **Chapel Hill EZ Rider Service**

Attn: ADA Certification Review  
6900 Millhouse Road  
Chapel Hill, NC 27516  
919-969-4900

### **GoTriangle ACCESS**

Attn: ADA Certification Review  
P.O. Box 13787  
RTP, NC 27709  
919-485-7433

### **GoDurham ACCESS**

Attn: ADA Certification Review  
1911 Fay Street  
Durham, NC 27704  
919-560-1551

### **¿Cómo realizo mi solicitud?**

Si cree que es apto, complete la Parte A de esta solicitud y luego entregue la Parte A y B a un proveedor de atención medica que conozca su condición para que este complete la parte B. Su firma en la solicitud autoriza a este profesional a proporcionar información al sistema de paratrásito participante respecto a su elegibilidad para los servicios de paratrásito de la ADA y cualquier aclaración necesaria acerca de las limitaciones funcionales ligadas a su condición de discapacidad. La solicitud debe ser diligenciada correctamente y en su totalidad para que sea considerada.

### **¿Qué pasa después de presentar mi solicitud?**

Un empleado le contactará en el plazo de 21 días laborales para programar su evaluación funcional. Para su evaluación se le proporcionará transporte gratuito hacia y desde un centro de evaluación funcional para que pueda determinarse su elegibilidad basándose en los siguientes factores:

- a. La información que usted proporcionó en su solicitud
- b. La información proporcionada por su profesional de la salud
- c. Una breve evaluación de sus habilidades funcionales reales
- d. una verificación de las opciones de transporte disponibles en el área en la que usted desea transportarse

Si tiene preguntas o no ha sido contactado dentro de los 21 días laborales siguientes al envío de su solicitud, llame al teléfono(s) que aparecen anteriormente. Si, en ese momento no se ha determinado su elegibilidad, usted será elegible temporalmente para los servicios de paratrásito hasta que su solicitud pueda ser revisada.

Recibirá una notificación acerca de la determinación de su elegibilidad por correo. Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, tiene el derecho a apelar. Se incluirá información acerca de como presentar una apelación en su notificación de elegibilidad. Si el proceso de determinación de elegibilidad se tarda más de 21 días, puede que se le otorgue elegibilidad para utilizar el sistema de paratrásito hasta que se tome una decisión definitiva acerca de la misma. Lo anterior no aplicaría si, debido a omisiones de su parte, no nos es posible completar el procesamiento de esta solicitud.

## **SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIO DE PARATRÁNSITO**

### **PARTE A – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

*Por favor escriba en letra de imprenta. Debe ser diligenciado por el solicitante u otra persona autorizada. Complete toda la Parte A y firme. Envíe esta solicitud a un proveedor de atención médica para que complete la Parte B.*

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es distinta a la de domicilio): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono horario hábil: \_\_\_\_\_ Número de teléfono horario no hábil: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Número TTD (si aplica): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

Idioma principal:  Inglés  Español  Otro (por favor especifique cuál): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por favor contacte:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono horario hábil: \_\_\_\_\_ Teléfono horario no hábil: \_\_\_\_\_

### **ACERCA DE SU MOVILIDAD**

¿Utiliza usted alguna de las siguientes ayudas de movilidad? (Seleccione todas las que apliquen)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón                           | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual    | <input type="checkbox"/> Animal de servicio        |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco                    | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Tablero de imágenes       |
| <input type="checkbox"/> Caminador                        | <input type="checkbox"/> Escúter/carrito eléctrico | <input type="checkbox"/> Tablero alfabético        |
| <input type="checkbox"/> Muletas                          | <input type="checkbox"/> Silla de abordaje         | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil          |
| <input type="checkbox"/> Prótesis                         | <input type="checkbox"/> Tabla de traslado         | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Otra (por favor explique): _____ |  |  |

Si utiliza una silla de ruedas o escúter manual o eléctrico, ¿este es de qué año/marca/modelo? \_\_\_\_\_

Si utiliza una silla de ruedas o escúter manual o eléctrico, ¿tiene este más de 30 pulgadas de ancho, más de 48 pulgadas de largo o, cuando se lo utiliza, pesa más de 600 libras (incluyendo la persona más el vehículo de movilidad)?

Si

No

**SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIO DE PARATRÁNSITO**

**ACERCA DE SU DISCAPACIDAD O LIMITACIONES**

Por favor seleccione a continuación **todos los enunciados que apliquen** y que mejor describan la naturaleza de su discapacidad o de la limitación que le impide utilizar el servicio de rutas fijas de bus. Describa sus necesidades específicas en el espacio proporcionado para dicho fin.

- Tengo una discapacidad motriz, la cual me impide desplazarme hacia y/o subirme a un vehículo plenamente accesible sin requerir ayuda. Si es así, describa la naturaleza de esta condición y cualquier obstáculo ambiental (tal como pendientes, aceras y distancias) el cual afecte su capacidad de acceder al transporte público. (MOVILIDAD)

---

---

La condición es  temporal  permanente

-----

- Tengo un problema de resistencia física que me impide recorrer la distancia necesaria para llegar al paradero de bus. Si es así, describa la causa y naturaleza de esta condición. (RESISTENCIA)

---

---

La condición es  temporal  permanente

-----

- Tengo una discapacidad visual que me impide encontrar el camino hacia y desde un paradero de bus de ruta fija sin requerir ayuda. Si es así, describa la naturaleza de su condición y su nivel funcional de visión. (VISUAL)

---

---

- Tengo una discapacidad cognitiva que me impide recordar y comprender la información necesaria para ir y regresar de manera segura a un paradero de bus. Si señaló esta opción, describa el origen y características de su condición. (COGNITIVO)

---

---

¿Participa usted en algún programa o entrenamiento el cual influirá en su capacidad para utilizar transporte público? De ser así, por favor explique cuál.

---

---

Tengo una condición médica grave que limita mi capacidad de funcionar normalmente. Si señaló esta opción, describa su condición e indique si esta es de carácter episódico (p. ej. ¿tiene usted “buenos días” u ocasiones en las que puede hacer uso del transporte público y “malos días” en los que no?)  
(OTRA)

La condición es  temporal  permanente

Experimento pérdidas funcionales por causa de mi edad. No me siento capaz de acceder al servicio regular de autobuses debido a las siguientes limitaciones: (OTRA)

Mis limitaciones funcionales no corresponden a ninguna de las categorías anteriores. No soy capaz de utilizar el servicio regular de buses porque: (OTRA)

La condición es  temporal  permanente

**NECESIDADES DE TRANSPORTE, FACTORES AMBIENTALES O INDIVIDUALES**

¿Utiliza usted actualmente algún servicio de rutas fijas regulares de bus?  Si  No

¿De ser así, cuáles rutas? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el paradero de bus más cercano a su casa? \_\_\_\_\_

¿Puede llegar al paradero de bus por su cuenta?  Si  No

¿De no ser así, qué le impide llegar allí? \_\_\_\_\_

Por favor seleccione a continuación todos aquellos enunciados que apliquen a su situación.

Si tengo que esperar afuera en el paradero de bus necesito tener:

- una banca                                       un cobertizo                                       nada

Al cruzar una calle necesito:

- Rampa de acera                                       Señales táctiles en la acera                                       señales acústicas  
 Separador accesible                                       No más de \_\_\_\_\_(ingrese#) carriles de circulación                                       nada

No puedo caminar en suelo que sea:

- pavimentado o acera                                       césped                                       gravilla                                       empinado

Mi capacidad para acceder a un medio de transporte es afectada por el clima si este es:

- caluroso (superior a \_\_\_ grados)                                       frío (inferior \_\_\_ grados)                                       lluvioso  
 gélido                                       ventoso

Mi capacidad para acceder a un medio de transporte depende de la hora del día. No puedo ver en:

- plena luz del día                                       media luz                                       oscuridad/medio oscuro

Mi capacidad para subir escaleras es la siguiente. Soy capaz de subir:

- solamente uno o dos escalones                                       solamente con un barandal                                       ningún escalón

La distancia que puedo recorrer hacia y desde el paradero de bus es de:

- no más de \_\_\_\_\_pies                                       al menos cinco cuadras

Puedo esperar en el paradero de bus:

- no más de \_\_\_\_\_minutos                                       al menos una hora

Los paraderos de bus a los que tengo acceso:

- deben ser paraderos para los cuales he recibido capacitación formal,  
 deben estar únicamente en áreas conocidas para mi

Viajo:                       solo (a)                                       tanto solo (a) como acompañado (a)  
 solamente con un asistente o acompañante (no afecta su elegibilidad)

Si viaja con alguien que le asiste, esta persona le ayuda a:

- ir o regresar del paradero de bus                                       subir o bajar del bus  
 ayudarle en el lugar al que usted se dirige  
 Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

Puedo cruzar una calle con:  2-3 carriles                                       4-6 carriles                                       no puedo cruzar calles

Por favor enumere cualquier recorrido específico para el cual ha recibido capacitación e incluya el nombre del especialista en orientación y movilidad que le proporcionó dicha capacitación:

---

---

Enumere sus 5 a 6 destinos más frecuentes y como llega a ellos actualmente:

Destino	Frecuencia del trayecto	Cómo llega allí actualmente

Enumere los lugares a los que le gustaría ir, pero no puede acceder actualmente:

Destino	Frecuencia deseada	Barreras de acceso

**Persona distinta al solicitante que completa el formulario (por favor seleccione una):**

- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, basándome en los datos que me ha proporcionado el solicitante.
- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, basándome en mi propio conocimiento acerca de la condición médica o discapacidad del solicitante.

Excepciones o Adiciones:

---

---

---

Nombre: \_\_\_\_\_ Número telefónico horario hábil: \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Firma de persona que elabora: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor escriba el nombre del proveedor de atención médica que verificará su solicitud.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Certifico que la información contenida en la parte A de esta solicitud es correcta y por medio de la presente autorizo al profesional mencionado anteriormente a proporcionar verificación acerca de mi condición al igual que información acerca de la misma a los sistemas de paratransito participantes (específicamente GoDurham ACCESS, GoTriangle ACCESS y Chapel Hill EZ Rider Service) respecto a mi elegibilidad para los servicios de paratransito. Adicionalmente, autorizo al profesional mencionado anteriormente a proporcionar las aclaraciones necesarias respecto a mis limitaciones funcionales a la organización para la evaluación funcional] (Durham Exchange Club Industries, Inc.).

Esta autorización será válida por un año a partir de la fecha en la cual se firma a menos que se estipule lo contrario.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIO DE PARATRÁNSITO**  
**CERTIFICACIÓN DE PROVEEDOR DE SALUD MÉDICA**

El solicitante mencionado en la parte A de esta solicitud le está pidiendo que proporcione información respecto a su capacidad de usar los servicios de rutas fijas regulares que ofrecen los sistemas de tránsito de la región. Para aquellas personas que no son capaces de utilizar los servicios de rutas fijas regulares con las adaptaciones disponibles, el sistema de tránsito puede permitirles utilizar servicios de paratrásito. La información que usted provea nos permitirá evaluar la solicitud y determinar las necesidades específicas de este individuo. Gracias por su cooperación al respecto.

**Por favor tenga en cuenta:** Todos los servicios de rutas fijas regulares y de conexiones disponibles en la región son actualmente accesibles para personas con discapacidades que necesiten vehículos equipados con elevador para sillas de ruedas, vehículos que tengan sistema de descenso a la acera y/o anuncios de los paraderos de bus. Para que pueda ser elegible para los servicios de paratrásito el individuo debe ser **incapaz** de acceder a estos servicios debido a algún tipo de condición que le impida trasladarse hacia o desde un paradero de ruta fija o pasar de un vehículo a otro y/o alguna condición que le impida ser capaz de abordar, utilizar o bajarse de un vehículo equipado con elevador para silla de ruedas. Los individuos para quienes realizar estas tareas sea inconveniente o incómodo **no son elegibles** para estos servicios y se le pide a usted que verifique esta información.

Es extremadamente importante que usted provea información específica acerca de las **limitaciones funcionales** del individuo para que pueda determinarse su elegibilidad.

Por favor siga estos pasos para verificar esta solicitud:

1. Lea las declaraciones del solicitante proporcionadas en la parte A en su totalidad
2. Complete la parte B en su totalidad utilizando los lineamientos proporcionados
3. Devuelva la solicitud diligenciada al solicitante dentro de los 7 días siguientes a su recepción (el solicitante es responsable de devolver la solicitud al proveedor de paratrásito).
4. Tenga en cuenta que puede que se le contacte para solicitar más información acerca de las habilidades del solicitante.
5. Si tiene preguntas, contacte el proveedor de paratrásito en los siguientes números:

**Chapel Hill EZ Rider**  
919-969-4900

**GoTriangle  
ACCESS**  
919-485-7433

**GoDurham ACCESS**  
919-560-1551

**PARTE B – CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD MÉDICA**

1. He leído la parte A en su totalidad y estoy de acuerdo con la información proporcionada.  Si  No

Si no, por favor explique:

---

---

2. Identifique la condición que causa la discapacidad del solicitante.

---

---

---

3. Especifique cuáles limitaciones funcionales están asociadas con esta condición y sea específico(a) cuando se le pida suministrar información adicional.

- Discapacidad motriz  Discapacidad visual \_\_ total \_\_ parcial
- Discapacidad auditiva \_\_ total \_\_ parcial  Discapacidad cognitiva\*
- Resistencia limitada \_\_ muscular \_\_ respiratoria  Otra (por favor especifique abajo)

---

¿Cuál es la gravedad de la condición del individuo?

- Leve  Moderada  Severa  Profunda/Crónica

\*Si este individuo tiene limitaciones funcionales debido a una discapacidad cognitiva, por favor indique cualquiera de los siguientes aspectos que correspondan a este individuo:

- No se le puede dejar solo a esperar su transporte
- Exhibe un comportamiento que es peligroso para sí mismo(a) al utilizar transporte público
- No es capaz de reconocer los vehículos que debe abordar

¿Cuál es la duración prevista de la condición de esta persona?

- Temporal – duración aproximada hasta \_\_\_\_\_
- Prolongada – existe posibilidad de una mejora funcional o de periodos de remisión
- Permanente – no hay expectativas de mejora funcional

4. Para cualquier discapacidad seleccionada anteriormente, por favor anote las precauciones específicas que los individuos deben seguir en términos de:

Limitaciones según distancia de trayectos: \_\_\_\_\_

Limitaciones respecto a la hora del día en que se efectúe el trayecto: \_\_\_\_\_

Condiciones climáticas: \_\_\_\_\_

Condiciones ambientales: \_\_\_\_\_

5. Por favor escoja el enunciado a continuación que mejor ilustre su opinión respecto al uso que este individuo hace del transporte público:

- Este individuo debería poder acceder al transporte público sin inconvenientes.
- Este individuo puede usar el transporte público bajo las condiciones citadas anteriormente
- Este individuo no puede usar el transporte público debido a múltiples limitaciones funcionales.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Cargo (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Dirección comercial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Organización/Consultorio: \_\_\_\_\_

Tipo de Consultorio: \_\_\_\_\_

**¡GRACIAS POR SU AYUDA!**