

Servicio de Paratransito ADA de Valley Metro Panorama general e instrucciones de la solicitud

El Decreto de Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) requiere que se provea un Servicio de Paratransito ADA complementario a aquellas personas calificadas que no puedan usar los servicios de autobús o del tren ligero de Valley Metro debido a una discapacidad. Las regulaciones del decreto ADA establecen que los individuos deben solicitar los Servicios de Paratransito ADA complementarios y que se debe determinar que son elegibles bajo el decreto ADA para que puedan recibirlos.

Se adjunta una solicitud para el Servicio de Paratransito ADA y una liberación de información para verificar su discapacidad. **Cuando usted haya completado la solicitud y haya firmado la forma de liberación de información, por favor envíe ambos documentos por correo postal al centro de movilidad Valley Metro Mobility Center, 4600 E. Washington, St., Suite 101, Phoenix, AZ 85034.**

Una vez que nosotros recibamos su solicitud completa y la forma de liberación de información firmada, el personal del Centro de Movilidad se pondrá en contacto por medio de fax, con el/los profesional/es que usted haya provisto para verificar la discapacidad que le impida usar la ruta fija accesible y el servicio del tren ligero de Valley Metro. Si nosotros no podemos verificar su discapacidad por medio de su/s profesional/es, su solicitud se considerará incompleta y se le enviará de regreso por correo postal después de 30 días.

Una vez que su discapacidad haya sido verificada, nosotros nos comunicaremos con usted para programar su evaluación en persona. Si usted no tiene transporte desde y hacia nuestras instalaciones, nosotros le podemos proporcionar transporte de ida y vuelta gratuitamente.

El día de su evaluación, por favor lleve consigo lo siguiente:

- **Prueba de identidad** – Identificación del estado, licencia de manejo, certificado de nacimiento, etc.
- **Equipo/Dispositivo de Ayuda de Movilidad** – Cualquier equipo necesario que usted use en sus viajes normales o que necesite cuando viaje usando los servicios de transporte masivo (ejem.: andadera, bastón blanco, tanque de oxígeno).
- **Usuarios de sillas de ruedas y escúteres eléctricos** – Por favor asegúrense de que su batería esté completamente cargada.

Por favor tenga en cuenta que se le podría pedir que viaje hasta tres cuartos de milla durante su evaluación, por lo que debe usar ropa y zapatos cómodos. Esté consciente de que podría estar lejos de su hogar hasta durante cuatro horas. Lleve consigo un pequeño bocadillo o bebida, medicamentos, suficiente oxígeno, etc. por si los llega a necesitar mientras esté fuera de su hogar. Usted puede traer a alguien consigo si necesita asistencia. Es importante que traiga a alguien con usted si requiere ayuda para que le traduzcan de inglés a otro idioma. Por favor evite traer a niños, niñas o personas adicionales que no sean necesarias para asistirle a usted.

Después de que se haya completado su evaluación en persona, Valley Metro le notificará dentro de los 21 días posteriores, su estado de determinación y/o elegibilidad. Si su elegibilidad no se determina dentro de los 21 días, usted puede tener el derecho de recibir elegibilidad presunta y se le permitirá usar el Servicio de Paratransito ADA hasta que se complete su determinación de elegibilidad.

Si tiene cualquier pregunta, por favor llame al Centro de Movilidad de Valley Metro al 602.716.2100, opción de elegibilidad "Eligibility".

SERVICIO DE PARATRÁNSITO ADA DE VALLEY METRO

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD

- Por favor conteste completamente todas las preguntas.
- Las solicitudes incompletas serán devueltas.
- Firme las páginas 4 y 5.
- Si tiene preguntas, por favor llame al 602.716.2100 opción de elegibilidad "Eligibility".

INFORMACIÓN PERSONAL - Escriba claramente en letra de molde

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

DOMICILIO DEL HOGAR

Calle _____ Apto/Lote # _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

Nombre del Complejo, si es aplicable: _____

Teléfono celular _____ Teléfono secundario _____ TTY / TDD Sí No

Correo electrónico _____

DOMICILIO POSTAL (Sí es distinto al anterior)

Calle _____ Apto/Lote # _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (Para que actúe a nombre del/la solicitante, si es necesario)

Nombre _____ Teléfono de día _____ Relación _____

¿Necesita usted información en un formato alternativo? Sí No

Si contestó Sí, por favor indique: Braille Letra grande Otro _____

Su idioma primario: Inglés Español Otro _____

INFORMACIÓN DE MOVILIDAD – Escriba claramente en letra de molde

1. ¿Cuál es su discapacidad física, discapacidad mental, u otra condición que califique, la cual limite su capacidad de viajar? (Por favor identifique las condiciones más limitantes.)

2. ¿Esta condición es temporal? No Sí Si contestó Sí, ¿durante cuánto tiempo? _____
3. De los siguientes dispositivos o equipo de movilidad, ¿cuál usa usted cuando sale fuera de su hogar? Marque todo lo que sea aplicable.

<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno	<input type="checkbox"/> Andadera
<input type="checkbox"/> Escúter	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/> Yo no uso ninguno
<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Animal de servicio	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Bastón blanco	_____

- 3a. Si usted tiene un dispositivo eléctrico de movilidad y ya no lo está usando, por favor explique.

- 3b. ¿Está usted planeando obtener un dispositivo eléctrico de movilidad? Sí No
Fecha en la que calcula que usted lo recibirá: _____
- 3c. ¿El peso combinado de su silla de ruedas/escúter y su propio peso exceden las 600 libras?
 No Sí _____ lbs.
4. ¿Qué tan lejos puede usted viajar por sí solo/a o con el uso de los dispositivos requeridos de movilidad?
 Menos de 3 cuadras 3 cuadras 1/2 milla ¾ de milla 1 milla ó más
5. ¿Puede usted estar parado/a durante 10 minutos mientras espera que le recojan? Sí No
6. ¿Puede usted estar sentado/a durante 10 minutos mientras espera que le recojan? Sí No

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

7. ¿Actualmente usted usa el servicio regular de autobús o el sistema del tren ligero?
- Sí
- No, porque:
- Nunca he tratado de hacerlo.
 - Tengo problemas subiéndome o bajándome del autobús.
 - Tengo problemas viajando por rutas específicas del autobús.
 - Tengo problemas yendo a y regresando de las paradas de autobús.
 - Tengo problemas reconociendo las paradas de autobús.
 - Otra (especifique) _____
8. ¿Podría usted viajar en el autobús regular si hubiera una parada de autobús o una ruta de autobús cerca de su hogar?
- Sí, siempre.
- Sí, algunas veces.
- No.
9. ¿Qué capacitación le ayudaría a usted a aprender a viajar en el autobús regular?
- Subir o bajar del autobús.
- Viajar en rutas de autobús específicas.
- Ir a y regresar de las paradas de autobús.
- Usar el elevador de sillas de ruedas, la rampa, y las funciones para bajar/arrojillar el autobús.
- Reconocer las paradas de autobús.
- Otra (especifique) _____
10. ¿Necesita usted viajar con un Asistente de Cuidado Personal (PCA por sus siglas en inglés)?
Por favor lea cuidadosamente antes de contestar:
- Un/a PCA es alguien que viaja con usted para proveerle cualquier asistencia que usted necesite. Su PCA viaja gratis y debe subirse y bajarse del autobús en la misma ubicación que usted.
 - Los conductores de Valley Metro no pueden servir como un PCA. Esté consciente de que a usted se le dejará solo/a en la camioneta de paratránsito mientras los conductores ayudan a otros clientes, y a usted se le dejará en su destino ya sea que alguien esté disponible para encontrarse con usted o no. **Si usted no se puede quedar solo/a, debe hacer arreglos para su propio PCA.**
- No – usted aún puede hacer que alguien viaje con usted cuando usted lo desee.
- Algunas veces – usted puede viajar con un PCA a su propia discreción.
- Sí – usted no puede viajar solo/a o no se le puede dejar solo/a en el sitio de su destino.
11. Por favor explique tan a fondo como sea posible cómo evita su discapacidad que usted se pueda subir (abordar), viajar, o bajarse de un autobús regular o como evita que usted llegue a la línea de autobús.

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

12. ¿Recientemente usted sufrió una lesión, tuvo cirugía, o programó un procedimiento futuro? Sí No

• Fecha de la lesión/cirugía: _____

• Tipo de lesión/cirugía: _____

• Tiempo aproximado de recuperación: _____ semanas/meses

Asegúrese de identificar al Proveedor tratándole para esta condición en la página 5.

13. Por favor liste los 3 viajes que usted hace más frecuentemente. Esta información nos ayudará a servirle mejor para sus necesidades de viaje al proveer por adelantado la planificación de viajes.

Domicilio del Punto de Inicio	Domicilio del Punto de Finalización	Veces al Mes
Ejemplo: 3010 W. Yorkshire Dr. Phoenix	4600 E. Washington, Phoenix	4

CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta de acuerdo a mis conocimientos. Yo entiendo que el propósito de esta forma es determinar si soy elegible para usar los Servicios de Paratransito o de Dial-a-Ride de Valley Metro. Yo entiendo que Valley Metro o sus agentes bajo contrato pueden necesitar ponerse en contacto conmigo o verme más tarde para obtener más información. Además yo entiendo qué debo decir la verdad al contestar las preguntas en esta forma. Proveer información falsa o engañosa es en contra de la ley y podría resultar en la denegación de la elegibilidad y de los Servicios de Paratransito/Dial-a-Ride. Yo estoy de acuerdo en notificarle de inmediato a Valley Metro si ya no necesito los Servicios de Paratransito/Dial-a-Ride.

Firma del/la Solicitante: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del individuo llenando la forma si no es el/la solicitante.

Por favor escriba claramente o en letra de molde:

Si otra persona que no sea la persona haciendo la solicitud de elegibilidad bajo el decreto ADA llenó esta solicitud, dicha persona debe proveer la siguiente información:

Apellido: _____ Nombre: _____

Relación con el/la Solicitante: _____ Número de Teléfono Durante el Día: _____

Nombre de la Compañía: _____

Por favor complete la Liberación de Información en la siguiente página.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Valley Metro se comunicará con un profesional de la industria para verificar su discapacidad y cómo es que su discapacidad le impide usar el servicio de autobús o del tren ligero. Por favor provea abajo la información solicitada de cada profesional que esté más familiarizado con usted.

Toda la información será confidencial y sólo se usará para determinar la elegibilidad al servicio de paratransito ADA. Valley Metro no liberará la información a cualquier otra persona o agencia sin su permiso. Esta liberación es válida durante 3 meses, a menos que sea revocada por escrito.

Yo, _____, autorizo al/los individuo/s listado/s abajo, así como al personal de sus oficinas, para que provean cualquier información con respecto a mi discapacidad y capacidades funcionales que pueda ayudar a Valley Metro a evaluar mi solicitud para los servicios de Paratransito/Dial-a-Ride.

Nombre del Proveedor: _____ Profesión: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Fax # (REQUERIDO): _____

Por favor identifique y liste a los profesionales que estén más familiarizados con usted, como su:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doctor de cuidado primario | <input type="checkbox"/> Renal/Nefrólogo | <input type="checkbox"/> Instructor de educación especial |
| <input type="checkbox"/> Doctor de medicina interna | <input type="checkbox"/> Neurólogo | <input type="checkbox"/> Administrador de casos DDD |
| <input type="checkbox"/> Proveedor del cuidado de los ojos | <input type="checkbox"/> Reumatólogo | <input type="checkbox"/> Administrador de casos de Rehabilitación Vocacional |
| <input type="checkbox"/> Quien prescribe para la salud mental | <input type="checkbox"/> Neumólogo | <input type="checkbox"/> Proveedor ortopédico/terapeuta |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta de la salud mental | <input type="checkbox"/> Oncólogo | <input type="checkbox"/> Trabajador social |

Firma del/la Solicitante: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa) _____

Firma del Custodio Legal: _____ Teléfono #: _____