



## **AUTORIDAD EN YUBA-SUTTER TRANSIT SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA UTILIZAR EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO ADA**

Si tiene una discapacidad que le impide viajar en el sistema urbano de autobuses de ruta fija de Yuba-Sutter Transit, usted podría ser elegible para recibir un servicio de paratransito prioritario de acuerdo con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Esta solicitud se utilizará para determinar el alcance de su discapacidad dado que se relaciona con el uso de los servicios públicos de transporte.

A continuación, verá algunos puntos a tener en cuenta al completar la solicitud...

- Un amigo o familiar puede completar la solicitud por usted. Si alguien completa el formulario en su nombre, se debe completar la Sección D de la solicitud.
- Es importante que responda todas las preguntas del formulario de solicitud. Proporcione tantos detalles como sea posible. Entendemos que algunas de las respuestas pueden ser personales. La información recibida no se compartirá con ninguna otra persona o agencia que no esté directamente relacionada con el proceso de certificación.
- La evaluación de su solicitud solo puede comenzar cuando hayamos recibido el formulario completo, incluida la Sección E firmada: la Autorización para divulgar información privada.
- Una vez que se reciba el formulario completo, se tomará una decisión respecto de su elegibilidad dentro de los 21 días calendario. Si tomar la decisión lleva más de 21 días, se dará por sentado que usted es elegible y se le brindará servicio de paratransito desde el vigésimo segundo día y hasta el día en que se emita una resolución por escrito.
- Si se aprueba la elegibilidad, nos comunicaremos para coordinar una cita en la cual recibirá una tarjeta de identificación con foto que acredite la elegibilidad ADA. Las tarjetas de identificación son válidas por tres años.
- Las personas a quienes se les niega la elegibilidad recibirán una notificación por escrito con los motivos específicos de la decisión y una notificación de su derecho a apelar. Para recibir información detallada sobre el proceso de apelación, comuníquese con Yuba-Sutter Transit al (530) 634-6880.
- Especifique en su solicitud si necesita un asistente personal o un animal de servicio que viaje con usted, o cualquier otro tipo de asistencia, además de ayuda para subir y bajar del vehículo (es decir, alguien para empujar una silla de ruedas, un guía vidente o ayuda para llegar a la puerta).

Envíe por correo o entregue la solicitud completa a: Yuba-Sutter Transit, 2100 B Street, Marysville CA 95901. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina administrativa de Yuba-Sutter Transit al (530) 634-6880.

# SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA UTILIZAR EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO ADA

Nueva solicitud       Recertificación

Escriba en letra imprenta o a máquina. Se deben responder todas las preguntas.

## **SECCIÓN A: INFORMACIÓN PARA REALIZAR LA SOLICITUD**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

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

3. Teléfono fijo: (    ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (    ) \_\_\_\_\_

4. Persona de contacto ante una emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono para llamar durante el día: (    ) \_\_\_\_\_

Teléfono para llamar durante la noche: (    ) \_\_\_\_\_

5. ¿Utiliza habitualmente algún dispositivo de ayuda para movilizarse? (Marque todas las opciones que correspondan).

\_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ Silla de ruedas manual      \_\_\_\_\_ Silla de ruedas eléctrica/escúter

\_\_\_\_\_ Andador      \_\_\_\_\_ Bastón      Otro (explique) \_\_\_\_\_

6. ¿Necesita un asistente personal de cuidado (además del operador del elevador para pasajeros) que lo/a ayude a subir, viajar y descender de un autobús accesible de ruta fija?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A veces

Especifique en qué momento necesita un asistente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Necesita ayuda adicional para viajar (además de ayuda para subir/bajar del vehículo)?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

### **Solo para uso de la oficina:**

Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_ Asistente: \_\_\_\_\_

Fecha de denegación: \_\_\_\_\_ Fecha de la tarjeta de identificación: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

## **SECCIÓN B: INFORMACIÓN FUNCIONAL**

8. Describa las limitaciones físicas, sensoriales o mentales que impiden que utilice un autobús habitual de ruta fija.

\_\_\_\_\_

9. ¿Sus discapacidades son...? \_\_\_\_\_ Permanentes \_\_\_\_\_ Temporales \_\_\_\_\_ Variables

Si son temporales o variables, brinde una explicación:

\_\_\_\_\_

10. En una parada de autobús donde se brinda servicio para más de una ruta, ¿puede identificar el autobús que debe tomar y manifestar su intención de tomarlo?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ¿Es capaz de subir y bajar de un autobús de ruta fija con una silla de ruedas/elevador para pasajeros sin ninguna otra asistencia más que la del conductor?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿Es capaz de manejar/sujetar monedas (para pagar el boleto), recibos, barandas y picaportes?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. ¿Es capaz de mantener el equilibrio mientras está sentado/a en un autobús de ruta fija que está en movimiento y en funcionamiento normal?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. ¿Es capaz de leer, oír o entender la información de tránsito, los horarios y las instrucciones durante un viaje?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. ¿Es capaz de indicarle al conductor que desea bajar en determinada parada de autobús?  
(Suponga que el conductor anuncia todas las paradas o destinos principales).

\_\_\_\_\_ Sí          \_\_\_\_\_ No          \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. ¿Es capaz de encontrar el camino de una ubicación familiar a otra?

\_\_\_\_\_ Sí          \_\_\_\_\_ No          \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. ¿Alguno(s) de los siguientes motivos impide que viaje hacia o desde una parada de autobús?  
(Marque todas las opciones que correspondan a usted).

\_\_\_\_\_ No corresponde

\_\_\_\_\_ Extrema sensibilidad al calor

\_\_\_\_\_ Alergia(s), sensibilidad al medio ambiente

\_\_\_\_\_ Fatiga extrema, debilidad

\_\_\_\_\_ Ceguera nocturna

\_\_\_\_\_ Otro Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17. ¿Es capaz de esperar afuera, en la parada del autobús, sin asistencia o apoyo por hasta 15 minutos?

\_\_\_\_\_ Sí          \_\_\_\_\_ No          \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. ¿Es capaz de ir desde la puerta de entrada de su casa hasta la parada de autobús más cercana sin ayuda?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A veces

Por favor, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **SECCIÓN C: FIRMA DEL SOLICITANTE**

Por medio del presente certifico que la información brindada en este formulario de solicitud es correcta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Solicitante

## **SECCIÓN D: PERSONA DISTINTA DEL SOLICITANTE QUE COMPLETA EL FORMULARIO**

Nombre en letra imprenta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono en el cual localizarlo/a: (    ) \_\_\_\_\_

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

Firma de la otra persona que completa el formulario:

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **SECCIÓN E: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PRIVADA**

A ser completado por el solicitante.

Por medio del presente autorizo la divulgación de la información sobre mis capacidades funcionales para viajar a la Autoridad de Yuba-Sutter Transit. La información divulgada se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para hacer uso de los servicios de paratransito ADA.

Nombre del profesional:\*\* \_\_\_\_\_

Agencia/Organización: \_\_\_\_\_

Teléfono: (    ) \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización. Entiendo que puedo retractar la autorización en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\*\*El profesional que verifica puede ser un especialista en rehabilitación, un evaluador de discapacidad, un trabajador social de un caso de salud mental, un médico o cualquier otra persona que esté informada de su(s) discapacidad(es) y su capacidad funcional para viajar.