



Gestión del tránsito de Beaumont

Solicitud de Certificación de ADA Elegibilidad para Paratransito

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es una legislación federal que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. Uno de los principios primordiales de la ADA es garantizar que todas las personas tengan igual acceso al transporte público. Para garantizar este acceso, se requiere que los vehículos e instalaciones de transporte público sean totalmente accesibles y utilizables por personas con discapacidad. Para las personas que no pueden, debido a una discapacidad física o mental (incluyendo movilidad o deficiencias cognitivas) utilizar de forma independiente el autobús regular de transporte público de ruta fija, los servicios de paratransito deben estar disponibles.

Si cree que tiene una discapacidad (incluyendo discapacidades de movilidad o cognitivas), que le impide utilizar de forma independiente las instalaciones y / o vehículos de transporte público de ruta fija, complete este formulario de solicitud y devuélvalo a la oficina de **BEAUMONT ZIP** ubicada en 550 Milam St. Beaumont, Texas 77701. Las preguntas de esta aplicación están diseñadas para ayudar a determinar sus habilidades funcionales.

Su solicitud completa será revisada y se tomará una decisión con respecto a su elegibilidad para los servicios de paratransito dentro de los veintiún (21) días. Es posible que se le considere elegible para los servicios de paratransito para todas sus necesidades de viaje, elegible (según sus habilidades) para algunas solicitudes pero no para otras, o puede ser capaz de usar las instalaciones y vehículos de ruta fija. Si no está de acuerdo con la decisión tomada con respecto a su estado de elegibilidad, puede apelar la decisión. Es posible que al revisar su solicitud, se le pida que proporcione información adicional. Esto puede incluir ponerse en contacto con un profesional con licencia familiarizado con sus habilidades funcionales, una entrevista telefónica o personal, o una evaluación funcional física o cognitiva.

Toda la información solicitada a lo largo del proceso de certificación se mantendrá confidencial.

Es importante completar todas las partes de este formulario: escriba o imprima, por favor. Las solicitudes que no estén completas o claramente escritas serán devueltas, lo que retrasará el proceso de determinación de elegibilidad.

PARTE 1. Información general

Nombre ____ Initial _____

Apellido ____M_____

Dirección de la calle: ____ Apto.#: ____

Ciudad: _____ State: ____ Código postal: ____

Dirección postal (si es diferente de Inicio): ____ Apto.#: ____

Celular: (____) _____ TDD/TTY: (____) ____

Teléfono de casa: (____) ____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Si se ha prestado asistencia para rellenar este formulario, sírvase indicar por quién:

Nombre: ____ Teléfono: (____) ____

Relación: _____

Sírvase indicar si se debe contactar directamente con esta persona si se solicita información adicional.

Sí No

Por favor, indíquenos el nombre y número de teléfono de un amigo o pariente al que podamos llamar en caso de que no podamos comunicarnos con usted en su número habitual:

Nombre: ____

Teléfono diurno: (____) ____

PARTE 2. Por favor, responda las siguientes preguntas en detalle: sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1.

a. ¿Cuál es su discapacidad o condición relacionada con la salud que le impide usar el transporte público?

b. Explique CÓMO su discapacidad o condición relacionada con la salud le impide usar de forma independiente los servicios de transporte público (autobuses BMT ZIP).

c. ¿Son las condiciones que describiste permanentes _____ or temporales ____? (Por favor, marque uno.) Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que esto continúe?

2. ¿Cómo viajas actualmente a tus destinos más frecuentes? Marque todo lo que corresponda:

_____ Autobuses públicos

_____ Alguien me impulsa

_____ Conducir yo mismo

_____ Paratrásito

_____ Taxi

_____ Otra cosa _____:

3. ¿Su condición de salud o discapacidad de transporte cambia de un día a otro de una manera que afecta su capacidad para usar los autobuses públicos?

Sí, bueno en algunos días, malo en otros. No, no cambia. No lo sé. Si se selecciona sí o no sabe, explique por qué:

Para las preguntas 4 a 12, indique si puede realizar las siguientes funciones de forma independiente. TODAS las respuestas negativas o, a veces, deben ir acompañadas de una explicación, o la solicitud se considerará incompleta.

4. ¿Eres capaz de entender las instrucciones necesarias para completar un viaje? (Esto no se refiere a no estar acostumbrado al idioma inglés). Sí No A veces (si no o a veces se selecciona, explique por qué):

5. ¿Eres capaz de identificar la parada de transporte público correcta? Sí No A veces Si no o a veces se selecciona, explique por qué:

6. ¿Eres capaz de identificar el vehículo de transporte público correcto? Sí No A veces Si no o a veces se selecciona, explique por qué:

7. ¿Puedes llegar desde y hacia la parada de transporte público más cercana? Sí No A veces Si no o a veces se selecciona, explique por qué:

Tenga en cuenta cuántas cuadras de la ciudad puede viajar independientemente: _____

8. ¿Puede esperar al menos 15 minutos en una parada de transporte público? Sí No A veces Si no o a veces se selecciona, explique por qué:

¿Podrías esperar más de 15 minutos?

Sí No A veces

Si es así, ¿cuánto tiempo? _____

¿Podrías esperar si hubiera un asiento o una marquesina de autobús? Sí No A veces

9. ¿Puede subir y bajar del vehículo de transporte público sin ayuda?

Si no se selecciona o a veces se selecciona, explique por qué:

10. ¿Puede subir o bajar de un autobús de transporte público si tiene un ascensor o si la parte delantera del autobús está baja?

- Sí
- No
- A veces
- No sé, nunca lo probé.

Si no se selecciona o a veces se selecciona, explique por qué:

11. ¿Puede agarrar asas o barandillas, monedas o boletos mientras sube o sale del vehículo de tránsito?

- Sí
- No
- A veces

Si no se selecciona o a veces se selecciona, explique por qué:

12. ¿Es capaz de mantener el equilibrio y tolerar el movimiento de vehículos de transporte público cuando está sentado?

- Sí
- No
- A veces

Si no se selecciona o a veces se selecciona, explique por qué:

13. ¿Alguna vez ha recibido capacitación o instrucción para aprender a usar el autobús de transporte público?

- Sí
- No

Si se selecciona la afirmación, dónde y cuándo recibió esta capacitación.

14. ¿Es accesible el transporte público que necesitas?

- Sí
- No
- A veces

- No sé, nunca lo probé. Si no se selecciona o a veces se selecciona, explique de qué manera no es accesible.

15. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de movilidad o equipo especializado? Marque todo lo que corresponda.

- Silla de ruedas manual* Caña
 Silla eléctrica* Bastón blanco
 Scooter motorizado* Prótesis
 Tablero de comunicación Frenos para las piernas
 Aparatos respiratorios (Portable O₂) Muletas
 Perro guía / animal de servicio Identificación personal
 Caminante
 Tarjetas de referencia
 Otra cosa _____

16. ¿Un asistente de cuidado personal (PCA) y/o un animal de servicio lo acompañan cuando viaja fuera de su hogar? Nota: Una PCA es designada o empleada por una persona con una discapacidad para ayudar a esa persona a satisfacer sus necesidades personales y / o para facilitar el viaje para un viaje específico. Un animal de servicio está entrenado para ayudar y no es una mascota.

- Sí
 No
 A veces

En caso afirmativo o a veces, proporcione el nombre de la PCA y/o el tipo de animal de servicio: _____

17. ¿Utilizas actualmente el servicio de paratransito? (Por favor, marque uno):

- Sí
 No
 A veces

En caso afirmativo o a veces se selecciona, ¿cuándo se utiliza el servicio de paratransito?

Por favor indique el nombre del proveedor de paratransito: _____

PARTE 3. Firma: Complete la casilla A a menos que sea menor de edad o tenga un tutor legal, en cuyo caso su padre o tutor legal debe completar la casilla B.

R. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la denegación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito se divulgará a quienes realizan los servicios. Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis habilidades funcionales para usar el transporte público para ayudar en la determinación de elegibilidad.

Firma del solicitante _____

B. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el solicitante es elegible para usar los servicios de paratransito de la ADA. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en la pérdida de los Servicios de Paratransito de la ADA, así como una multa bajo la ley. Acepto notificar a la ADMINISTRACIÓN DE TRÁNSITO DE BEAUMONT si el Solicitante ya no necesita usar los Servicios de Paratransito de ADA.

Doy mi consentimiento para la entrevista del solicitante y la evaluación funcional de sus habilidades y limitaciones de viaje para determinar la elegibilidad de ADA Paratransit. Reconozco que puedo estar presente durante la entrevista y cualquier evaluación funcional, y declaro que:

(Marque una de las siguientes

opciones) ___ ___ Estaré presente.

_____ Designo _____to estar presente en mi nombre, o

_____ Renuncio a mi derecho a estar presente y no designo a otra persona para que esté presente en mi nombre.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

(Debe ser completado por el solicitante)

La verificación de discapacidad por parte de un médico con licencia calificada no garantiza la elegibilidad para el transporte de servicios de paratransito, pero puede desempeñar un papel importante en el proceso de determinación de elegibilidad. Es importante que cualquier profesional que verifique la discapacidad de un individuo esté familiarizado no solo con la discapacidad particular de esa persona, sino también con su capacidad o incapacidad para viajar en el sistema regular de autobuses de Beaumont Zip.

Declaración de liberación

Yo, el abajo firmante, entiendo que la información médica solicitada es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o agencia. Por la presente autorizo la divulgación de todos los registros médicos y / o información por parte de los profesionales enumerados a continuación a la Administración de Tránsito de Beaumont con el propósito expreso de determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito.

Profesionales Calificados

Nota: Solo un médico con licencia está autorizado para verificar su discapacidad:

Nombre del médico de licencia _____

Dirección _____

Código de _____ State _____ Zip de la ciudad _____

Número de teléfono de la oficina _____

Nombre del solicitante (por favor imprima) _____

Firma del solicitante (requerido) _____ Date _____

Solicitante  aquí. ¡Un profesional calificado debe completar páginas!

PARTE 4: VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PARA EL TRANSPORTE DE RESPUESTA A LA DEMANDA

Esta sección debe ser completada por un MÉDICO CON LICENCIA. Por favor imprima.

Estimado médico:

La persona que le envía este folleto ha indicado que puede proporcionar información sobre su discapacidad y su impacto en su capacidad para utilizar los servicios de transporte público.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 requiere que la GESTIÓN DE TRÁNSITO DE BEAUMONT proporcione transporte de respuesta a la demanda a las personas que, debido a su discapacidad, no pueden utilizar el sistema regular de autobuses. Las tres categorías establecidas por la Ley de discapacidad son las siguientes:

1. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden abordar, viajar y / o desembarcar de forma independiente de un vehículo accesible.
2. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden utilizar vehículos sin ascensores u otras adaptaciones.
3. Personas que, debido a su discapacidad, no pueden llegar o salir de un lugar de embarque o desembarque.

La información que proporcione, según lo autorizado en la página 8 de este folleto, nos permitirá hacer una evaluación adecuada de esta solicitud y su aplicación a solicitudes de viaje específicas.

La verificación de discapacidad es obligatoria para todos los solicitantes del servicio de transporte de respuesta a la demanda. Si bien no se requiere verificación por parte de un médico, cualquier profesional que verifique la discapacidad de un individuo debe tener un conocimiento detallado y de primera mano de la discapacidad de esa persona, así como la capacitación y las credenciales necesarias para dicha evaluación.

Describa su estado profesional (médico con licencia) y sus métodos para evaluar la discapacidad del solicitante.

Describa la condición de discapacidad actual del solicitante.

¿La afección o discapacidad es temporal?

___ Yes ___ No En caso afirmativo, recuperación esperada ___/___/___ (___ meses)

Discapacidades físicas

Usando una ayuda para la movilidad, o por su cuenta, ¿qué tan lejos puede viajar el solicitante sin la ayuda de otra persona?

- Menos de 200 pies Menos de 200 pies Dos bloques
- 1/4 de milla (3 cuadras) 1/2 milla (6 cuadras) 3/4 milla (9 cuadras)
- Más de 3/4 de milla Otros

¿Puede el solicitante subir tres escalones de 12 pulgadas usando pasamanos sin la ayuda de otra persona?

- Sí No A veces

¿Puede el solicitante esperar afuera sin apoyo o supervisión durante diez (10) minutos?

- Sí No A veces

¿El solicitante requiere asistencia especial y/o el uso de ayudas para la movilidad? Sírvase describir.

Por favor, proporcione el peso aproximado del paciente.

¿Cuál es el modelo y el número de serie del dispositivo de ayuda a la movilidad?

¿El solicitante con su unidad de movilidad pesa más de 600 libras?

- Sí No Weight_____

Si el solicitante se cae, ¿puede levantarse de forma independiente?

- ___ Yes ___ No ___ A veces

¿Puede el solicitante negociar el tráfico de forma segura e independiente?

- Sí No A veces

Discapacidad visual

Si el solicitante tiene una discapacidad visual, proporcione su agudeza con la mejor corrección:

Ojo derecho Eye _____ izquierdo _____ Ambos ojos _____

Campos visuales: ojo derecho Eye _____ izquierdo _____ Ambos ojos _____

Discapacidades cognitivas

¿Puede el solicitante indicar consistentemente su nombre, domicilio y números de teléfono de casa o de emergencia a pedido?

Sí No

En caso negativo, sírvase
explain _____

¿El solicitante puede reconocer un destino o punto de referencia?

Sí No

En caso negativo, sírvase
explain _____

¿Es el solicitante capaz de manejar situaciones inesperadas o un cambio inesperado en la rutina?

Sí No

En caso negativo, sírvase
explain _____

¿El solicitante puede pedir, entender y seguir instrucciones?

Sí No

En caso negativo, sírvase explicar _____

¿El solicitante puede viajar de manera segura y efectiva a través de instalaciones abarrotadas y / o complejas?

Sí No

En caso negativo, sírvase explicar ____

¿Puede el solicitante negociar el cruce de carreteras de manera segura e independiente?

Sí No Si no, sírvase explicar _____

Otros factores

(Esta información es obligatoria para todos los solicitantes)

Sírvase describir cualquier otra limitación funcional con respecto a los viajes en autobús. Por favor, sea específico.

¿Puede el solicitante leer y/o entender los signos informativos?

Sí No

En caso negativo, sírvase
explain_____

¿El solicitante requiere un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaja?

Es importante considerar que los operadores **NO ESTÁN CAPACITADOS** para brindar asistencia médica, ni pueden monitorear las condiciones médicas mientras operan / conducen el autobús / camionetas. Los pasajeros deben poder permanecer en su asiento / dispositivo de movilidad sin ayuda. La seguridad de nuestros pasajeros es nuestra principal preocupación, por lo tanto, solicitamos una consideración exhaustiva al seleccionar si el pasajero debe tener un PCA cuando utiliza los servicios de transporte público (Zip Paratransit).

Nota: Una PCA es designada o empleada por una persona con una discapacidad para ayudar a esa persona a satisfacer sus necesidades personales y / o para facilitar el viaje para un viaje específico. Un animal de servicio está entrenado para ayudar y no es una mascota.

¿El paciente requiere que una persona con conocimientos médicos realice una tarea sensible a la seguridad que podría resultar en la muerte inmediata o poner en peligro su salud?

Sí No A veces

Si a veces, sírvase explicar:

Sírvase identificar cualquier requisito especial del solicitante, en particular la necesidad de viajar con un respirador o suministro de oxígeno portátil.

Sírvase describir si hay otros aspectos de la discapacidad del solicitante que puedan afectar el viaje.

La información obtenida en este proceso de certificación de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) solo será utilizada por el TRANSIT MANAGEMENT OF BEAUMONT para determinar la elegibilidad del solicitante para los servicios de transporte de respuesta a la demanda de Paratransit y solo se compartirá con otros proveedores de tránsito o programas de transporte para facilitar el viaje y / o coordinar servicios. Esta información se mantendrá confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito, a menos que el solicitante lo autorice por escrito.

Entiendo que la verificación de discapacidad por parte de un profesional calificado no garantiza la elegibilidad, pero puede desempeñar un papel importante en el proceso de determinación de elegibilidad. Por lo tanto, certifico que estoy familiarizado con la discapacidad particular del solicitante y con la capacidad o incapacidad del solicitante para viajar en el sistema regular de autobuses de Zip.

El personal de BMT Zip está autorizado a comunicarse conmigo o con los miembros del personal de mi oficina, si es necesario, para completar el proceso de determinación de elegibilidad de acuerdo con las regulaciones de implementación de la ADA (es decir, CFR Partes 37 y 38). También acepto proporcionar todas las pruebas o documentación que Zip considere necesaria para una determinación final de elegibilidad para el servicio de transporte de respuesta a la demanda de Paratransit o una apelación posterior.

Certifico que las declaraciones que he hecho en este documento son verdaderas y correctas y entiendo que las declaraciones y certificaciones falsas o fraudulentas son punibles por ley bajo 18 U.S.C. Subsección 10001 (1982).

Firma _____

Nombre (por favor imprima) _____

Dirección _____

Ciudad _____

Número de teléfono de la oficina _____ Fax: _____

Identificación de licencia# _____

SOLO PARA USO EN OFFICE:

Nueva aplicación Sí No Recertificación Sí No

Nombre del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Determinación: _____ ADA NO. _____

Fecha de caducidad: ____/____/____

Fecha de evaluación: ____/____/____

Fecha de la entrevista: ____/____/____

Entrevistado por: ____ Fecha: ____/____/____

Aprobado por: ____ Fecha: ____/____/____

Estado: _____

Categoría de elegibilidad: ____

Temporal Sí No Duración(meses): ____

ID del cliente: _____

Comentarios: _____

=====

PARA USO EXCLUSIVO DE APELACIÓN:

FECHA DE CONTACTO:

____/____/____ **POR:** ____

FECHA DE APELACIÓN: ____/____/____

DETERMINACIÓN: