

# Solicitud de Servicio de Paratransporte ADA

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES**

Este paquete incluye la información y los formularios que usted necesita para solicitar la elegibilidad de paratransporte Dial-A-Ride de WHEELS. Como parte de los requisitos de la Ley de Norteamericanos con Incapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), el servicio de paratransporte es proporcionado por todos los sistemas de transporte público. Este tipo especial de servicio de transporte público es exclusivo para aquellas personas que, siempre u ocasionalmente, son incapaces de utilizar de manera independiente el transporte público regular, debido a una incapacidad o condición relacionada con la salud.

Para poder usar el servicio de paratransporte de ADA, usted debe estar certificado(a) como elegible. La elegibilidad es determinada en función de cada caso específico. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad está estrictamente destinada a aquellos que tengan limitaciones específicas que les impidan utilizar el transporte público accesible. Todos los autobuses de ruta fija de WHEELS tienen elevadores o rampas para sillas de ruedas destinados para personas que no pueden subir escalones.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad total (incondicional) o de manera limitada, solamente para ciertos viajes (elegibilidad condicional). Si se descubre que usted es capaz de utilizar el autobús y transporte ferroviario regular en todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, usted no será elegible para el servicio de paratransporte.

**Para ser elegible usted debe llenar por completo el formulario adjunto de solicitud.** Revisaremos su capacidad para utilizar el transporte público accesible. Después de estudiar su solicitud, tal vez necesitemos más información. Quizá necesitemos:

- Comunicarnos con usted por teléfono
- Programar una entrevista personal o una evaluación funcional, o bien
- Consultar con su médico, profesional de la salud u otro especialista acerca de su condición y capacidades

**Para:**

- **Braille (escritura sensible al tacto para no videntes)**
- **Letra grande**
- **Audiocasete,**
- **Disquete/CDR**

Llame al 925-455-7555

**Devuelva la solicitud contestada a:  
WHEELS  
1362 Rutan Court, Suite 100  
Livermore, CA. 94551**

Su solicitud será procesada en el transcurso de 21 días después de que haya sido recibida. La solicitud debe ser llenada correctamente y usted deberá estar disponible para una evaluación de segundo nivel si así se requiere. Una evaluación de segundo nivel podría incluir una entrevista telefónica con usted, una comprobación médica o una entrevista en persona. La entrevista en persona puede incluir una prueba funcional para determinar su capacidad para viajar en transporte público, tal como ser capaz de caminar hasta una parada de autobús, leer los señalamientos, etcétera.

Se le notificará por correo la determinación de su elegibilidad. Si usted recibe la certificación de elegibilidad, tendrá la posibilidad de viajar a lo largo de los nueve condados del Área de la Bahía. Si usted no está de acuerdo con la determinación de su elegibilidad, usted tiene derecho de apelar. La información sobre cómo apelar estará incluida en su notificación de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad demora más de 21 días, a usted se le puede proporcionar una elegibilidad que le permita utilizar el sistema de paratransporte hasta que se llegue a una decisión final acerca de su elegibilidad. Esto no aplica si, debido a omisiones de su parte, somos incapaces de procesar por completo su solicitud.

## **INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES**

1. Por favor **ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE respuestas completas a todas las preguntas** en la solicitud. Sus respuestas y explicaciones detalladas nos ayudarán a tomar una determinación apropiada. Asegúrese de **responder a TODAS las preguntas o su solicitud será considerada como incompleta**. Las solicitudes incompletas serán devueltas.
2. No se requiere que adjunte páginas o información adicional. Sin embargo, usted quizá desee enviar otros documentos que considere nos serán de ayuda para entender sus limitaciones. **Toda la información que usted proporcione será manejada de forma estrictamente confidencial.**
3. **Usted debe proporcionar FIRMAS en dos espacios para completar la solicitud:**
  - La Certificación para Asistente de Cuidado Personal SÓLO si respondió “sí” o “algunas veces” (Página 8)
  - Certificación del solicitante (Página 9)
4. Además, si necesita la ayuda de un Asistente de Cuidado Personal, debe llenar y devolver la página 8.

Para obtener ayuda con el proceso de solicitud o revisar el estado actual de su solicitud, llame al **925-455-7555**.

**Gracias**

**CONSERVE ESTA HOJA PARA SU EXPEDIENTE**

# Por favor use letra de molde

## Información personal /de contacto

**Nombre** (de pila, segundo, apellido):

\_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Apt. #:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

**Dirección postal** (si es distinto a la de la casa):

\_\_\_\_\_ **Apt. #:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **C.P.:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **TDD/TTY:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Teléfono por la noche:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Femenino  Masculino

**Idioma principal** (favor de marcar):  Inglés  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Si más adelante necesita que se le proporcione a usted alguna información en un formato accesible, por favor seleccione qué formato prefiere:

Disquete/CD-Rom  Audiocasete  Braille (escritura sensible al tacto para no videntes)  Letra grande

Otro \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?**

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

**Relación con usted:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Noche:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Cuéntenos acerca de su incapacidad / condición relacionada con la salud

Por favor responda detalladamente a las siguientes preguntas - sus respuestas específicas a todas las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Cuál **incapacidad o condición relacionada con la salud le IMPIDE** utilizar el transporte público regular (por ejemplo, BART, autobús, tranvía) sin la ayuda de otra persona?

---

---

---

---

2. Explique brevemente **DE QUÉ MANERA** le impide su condición utilizar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona.

---

---

---

---

3. ¿Cuándo fue la primera vez que experimentó las condiciones que describió arriba?

Hace 0-1 año  Hace 1-5 años  Hace más de 5 años

4. Las condiciones que usted describió, ¿cambian día a día de una manera que afecten su capacidad para utilizar el transporte público?

Sí, algunos días está bien, otros días está mal.  No, no cambia.  
 No sé.

5. Las condiciones que usted describió son:

Permanentes  Temporales  No sé

*Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?*

---

## Cuéntenos acerca de sus capacidades y actividades normales

6. ¿Usted utiliza con regularidad cualquiera de las ayudas de movilidad o equipo especializado que se mencionan a continuación? (*Seleccione todas las que apliquen*):
- Bastón       Silla de ruedas eléctrica       Dispositivos de comunicación  
 Bastón para ciegos       Animal de servicio       Andador  
 Scooter eléctrico       Muleta       Silla de ruedas manual  
 Aparatos ortopédicos para las piernas       Tanque de oxígeno portátil  
 Otro dispositivo de ayuda \_\_\_\_\_

La siguiente pregunta se relaciona con el tamaño y peso de su dispositivo de movilidad.

**Por favor observe: Los autobuses Dial-A-Ride (de paratransporte) de WHEELS están diseñados para transportar una “silla de ruedas común”, la cual se define en los reglamentos de ADA como de hasta 30” de ancho y 48” de largo cuando se mide a 2” del piso, y con un peso menor a 600 lbs cuando está ocupada (combinación de dispositivo de movilidad y ocupante). Si su dispositivo de movilidad es más grande o pesado, quizá se le pida venir a una evaluación y Dial-A-Ride de WHEELS pudiera no ser capaz de transportarle. Esto es por su propia seguridad. Los elevadores de los vehículos de WHEELS están fabricados para cargar aproximadamente 600 libras, según el reglamento de ADA.**

7. Con base en la descripción anterior, ¿su dispositivo de movilidad es demasiado grande?
- Sí     No

¿Su dispositivo de movilidad pesa más de 600 libras cuando está ocupado?

Sí       No       No sé

Si el peso total de su dispositivo de movilidad excede las 600 libras cuando está ocupado, ¿usted podría abordar aparte de su dispositivo de movilidad sin asistencia?

Sí     No

8. Por favor marque la casilla que mejor describa su situación actual de vivienda:

- Cuidado de 24 horas o centro de enfermería especializada
- Plantel de vivienda asistida
- Recibo asistencia de alguien que viene a mi casa para ayudarme con las actividades de la vida diaria
- Vivo con familiares que me ayudan
- Vivo de manera independiente (sin asistencia de otra persona)

9. ¿Cuántas cuerdas puede desplazarse con su dispositivo de movilidad usual y sin la ayuda de otra persona?

---

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones le describiría mejor si tuviese que esperar el transporte en el exterior? (*Seleccione solamente una respuesta*):

- Podría esperar solo(a) de diez a quince minutos
  - Podría esperar solo(a) de diez a quince minutos, solamente si tuviera un  
asiento y techo
  - Necesitaría que alguien esperara conmigo porque
- 

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones le describe mejor a usted? (*Seleccione solamente una respuesta*):

- Nunca he utilizado el transporte público regular
- Sí he utilizado el transporte público regular, pero no desde el inicio de mi incapacidad
- Sí he utilizado el transporte público regular durante los últimos seis meses

## Cuéntenos acerca de sus necesidades de viaje

12. Actualmente, ¿cómo viaja usted a sus destinos frecuentes?  
(*Seleccione todas las que apliquen*):
- Autobuses     Paratransporte     Conduzco solo(a)     BART  
 Taxi     Barco de transbordo     Tranvía     Alguien me lleva en auto  
 Otro \_\_\_\_\_
13. ¿Usted sería capaz de moverse hacia y desde la parada de transporte público más cercana a su hogar?
- Sí     No     Algunas veces
- Si no o algunas veces, explique por qué:*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
14. ¿Sería usted capaz de asir barandales o pasamanos, monedas o boletos al abordar o bajar de un vehículo de transporte?
- Sí     No     Algunas veces     No sé, no lo he intentado.
- Si no o algunas veces, explique por qué:*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
15. ¿Sería usted capaz de mantener el equilibrio y tolerar el movimiento de un vehículo de transporte público si está sentado(a)?
- Sí     No     Algunas veces     No sé, no lo he intentado.
- Si no o algunas veces, explique por qué:*
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
16. ¿Sería usted capaz de abordar o bajar de un autobús de transporte público si tuviera ya sea un elevador, una rampa, o un dispositivo que baja la parte delantera del autobús?
- Sí     No     Algunas veces     No sé, no lo he intentado.

*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

17. WHEELS ofrece entrenamiento GRATUITO de viaje para personas de la tercera edad y con incapacidades, interesadas en aprender cómo viajar en las rutas fijas de autobuses de WHEELS. El Entrenador de Viajes de WHEELS ofrece entrenamiento personal y en grupo, y le enseñará cualquier cosa que necesite saber para viajar en las rutas fijas de autobús de WHEELS. Esto puede incluir aprender a leer mapas y horarios de autobús, familiarizarse con las funciones de accesibilidad de los autobuses, y los transbordos. ¿Usted estaría interesado(a) en este entrenamiento?

Sí  No

18. Por favor agregue cualquier otra información que a usted le gustaría que supiéramos acerca de sus capacidades.

---

---

---

---



## Certificación para Asistente de Cuidado Personal

Un asistente de cuidado personal es alguien cuya ayuda usted necesita para las actividades cotidianas (comer, vestirse, higiene personal, llevar paquetes, encontrar su camino, etc.). Un asistente no siempre tiene que ser la misma persona.

Los conductores de Dial-A-Ride de WHEELS no son asistentes de cuidado personal, y Dial-A-Ride de WHEELS no proporciona asistentes.

**¿Viaja usted con un asistente de cuidado personal?**

Sí       No       Algunas veces

**Si contestó sí, o algunas veces, llene toda la información siguiente y fírmela.** Dial-A-Ride de WHEELS se reserva el derecho de comunicarse con su profesional del cuidado de la salud para comprobar su necesidad de un asistente.

**Por favor use letra de molde**

Su Nombre \_\_\_\_\_

Explique cómo le ayuda su asistente \_\_\_\_\_

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

### Comprobación

Certifico que debido a mi incapacidad o condición relacionada con la salud, requiero de los servicios de un asistente de cuidado personal para que me ayude y viaje conmigo cuando utilizo los servicios de paratransporte.

**Comprendo que afirmar de forma fraudulenta que viajo con un asistente para evitar pagar una tarifa por un acompañante, pudiera resultar en la suspensión del servicio.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Certificación del solicitante

**Certifico** que la información en esta solicitud es **verdadera y correcta**.

Entiendo que falsificar la información intencionalmente dará como resultado la negación del servicio. Entiendo que toda la información será manejada de forma confidencial, y que solamente la información requerida para proporcionar los servicios que solicito les será revelada a aquellos que realizan los servicios.

**Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar el transporte público, con el fin de auxiliar en la determinación de la elegibilidad.**

**Firme aquí:**

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

**¿Le ayudó alguien a llenar este formulario?**  Sí  No

¿Puedo comunicarme con esta persona para más información?  Sí  No  
Si es "sí", Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Por favor observe: Es su responsabilidad notificarnos si su discapacidad mejora lo suficiente para cambiar el estado de su elegibilidad. Si su condición mejora después de que haya recibido la determinación de elegibilidad o nosotros descubrimos que entregó información falsa, su elegibilidad le será suspendida o se le puede pedir que la solicite de nuevo.



**Esto concluye con la parte del solicitante en el formulario**

**Las páginas 10-12 deben ser llenados por un Médico Autorizado**

# Comprobación con Médico Autorizado o Profesional de la Salud Mental

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Usted es un...(Favor de marcar una)

- Médico (MD o DO)     Optometrista     Psicólogo (Ph.D)
- Asistente médico                       Quiropráctico     Trabajador social clínico
- Enfermera profesional                       Especialista certificado de orientación y movilidad
- Terapeuta ocupacional, físico o recreacional
- Enfermera MDS (Sólo Centros de Enfermería Especializada)

**Instrucciones: Este individuo solicita servicios de paratransporte de Dial-A-Ride de WHEELS.** De acuerdo con la Ley de Norteamericanos con Incapacidades de 1990, el servicio de paratransporte sólo está disponible para personas que debido a una incapacidad, están **impedidas** de utilizar el sistema regular accesible de autobuses de ruta fija. Todos los autobuses WHEELS están equipados con elevadores o rampas para personas que no pueden subir escalones. El individuo puede estar impedido por cualquiera de las siguientes formas: 1) es incapaz de ir hacia y regresar desde una parada de autobús, subir o bajar de un autobús, o desplazarse exitosamente a un destino, de forma independiente o 2) es incapaz de comprender cómo hacer un viaje en autobús.

**Para beneficio del solicitante, por favor responda las siguientes preguntas de forma tan completa y precisa como le sea posible. Por favor sea específico cuando responda las preguntas. Las respuestas incompletas provocarán que la solicitud sea devuelta al solicitante. Toda la información del cuidado de la salud será conservada como confidencial. Favor de llamar al (925) 455-7555 si tiene alguna pregunta. Gracias por su tiempo y cooperación**

**Favor de revisar la información contenida en la solicitud según fue proporcionada por el Solicitante o el representante del Solicitante.**

1. Con base en su conocimiento de la condición del Solicitante, ¿es la información precisa?

Sí             No             Algo

Si marcó “no” o “algo”, por favor explique:

---

---

---

---

2. ¿Qué condiciones específicas contribuyen con la movilidad del solicitante o con sus limitaciones cognitivas? Favor de definir el grado de impedimento e incluir (agudeza visual, códigos del DSM, calificaciones de EAG o CI, si aplica)

**NOTA: La edad o la incapacidad de conducir no son factores que califiquen.**

**DIAGNÓSTICO / INCAPACIDAD / FECHA DE INICIO / GRADO DE IMPEDIMENTO**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Favor de explicar cómo la incapacidad del solicitante le impide utilizar el sistema regular accesible de autobús.**

---

---

---

---

---

---

---

---

3. La incapacidad que impide al solicitante acceder al sistema regular de autobús, es:

Permanente                       Temporal – Hasta \_\_\_\_\_

4. ¿El solicitante junto con su dispositivo de movilidad pesan más de 600 lbs?

Sí; favor de mencionar el peso actual del solicitante\_\_\_\_\_  No

5. ¿El solicitante requiere un Asistente de Cuidado Personal (ACP) al viajar?

Nota: Un ACP es alguien designado o empleado por una persona con una incapacidad para ayudar a esa persona a cumplir sus necesidades personales y facilitarle viajes específicos.

Sí  No  Algunas veces

Si es algunas veces, favor de explicar: \_\_\_\_\_

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

**CERTIFICO POR MEDIO DE LA PRESENTE** bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información proporcionada en la sección de Comprobación Profesional de esta solicitud es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
**Firma del profesional autorizado**      **Número de licencia**      **Fecha**

**Nombre en letra de molde:** \_\_\_\_\_

**Organización:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, C.P.:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Gracias por su ayuda al llenar este formulario. WHEELS conforme a la Ley para Norteamericanos con Incapacidades de 1990, utilizará la información proporcionada para determinar la elegibilidad del solicitante para los servicios de paratransporte.**