

Petersburg Area Transit

Solicitud de Elegibilidad para Paratrásito ADA

El servicio de paratrásito es un servicio de transporte especializado para personas con discapacidades, personas mayores con discapacidades y otras personas que no pueden utilizar de manera independiente las rutas fijas de PAT.

Los sistemas de transporte público proporcionan el servicio de paratrásito como parte de los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Para utilizar el servicio de paratrásito ADA, primero debe ser certificado como elegible. Lea las siguientes instrucciones antes de completar el formulario de solicitud adjunto. Toda la información que proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.

1. Responda COMPLETAMENTE todas las preguntas del formulario y devuélvalo al sistema de transporte. Las solicitudes incompletas no se procesarán y se devolverán para que sean completadas.
2. Su solicitud será revisada y se tomará una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días posteriores a la recepción de una solicitud COMPLETA. La elegibilidad presunta se otorga a partir del día 22, a menos que la solicitud sea denegada por escrito. Recibirá una carta indicando si es elegible o no.
3. La elegibilidad para sus necesidades de viaje en paratrásito puede ser completa o condicional, dependiendo de la naturaleza de su discapacidad o de sus circunstancias.
4. Petersburg Area Transit Paratransit se reserva el derecho de tomar la determinación final sobre la elegibilidad del solicitante.

NOTA:

El uso de una silla de ruedas no implica elegibilidad automática. Por ejemplo, muchas personas que usan sillas de ruedas pueden utilizar los servicios de rutas fijas para muchos o todos sus viajes. La elegibilidad para el paratrásito ADA no se basa en la edad, los ingresos ni en si una persona puede conducir o tiene acceso a transporte privado en automóvil.

¡Gracias!

Petersburg Area Transit: SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO ADA

Si tiene una discapacidad que le impide usar el sistema regular de autobuses de ruta fija de Petersburg Area Transit, puede ser elegible para recibir servicios de paratransito. El paratransito es un servicio de autobús de puerta a puerta conforme a la ADA. Esto significa que el transporte le llevará desde el lugar de recogida hasta el lugar de destino. Esta solicitud se utilizará para determinar el alcance de su discapacidad en relación con su capacidad para utilizar nuestro sistema regular de transporte público de ruta fija.

Algunos puntos que debe recordar mientras lee, comprende y completa esta solicitud:

1. Un amigo o familiar puede completar la solicitud en su nombre. Si alguien la completa por usted, también debe completar la Parte D.
2. Es importante que responda todas las preguntas. Proporcione tantos detalles como sea posible. Entendemos que algunas respuestas pueden ser personales. Toda información recibida es confidencial y no se entregará a ninguna persona que no participe directamente en este proceso de certificación.
3. La evaluación de su solicitud no puede comenzar hasta que recibamos el formulario completo. Esto debe incluir la Parte E firmada, Autorización para divulgar información personal.
 - a. Después de la aprobación, puede acudir a Petersburg Transit Station, 100 West Washington St., el segundo martes de cada mes, de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., para recibir una tarjeta de identificación ADA con fotografía.

Nota: Actualmente los pasajeros no utilizan tarjetas de identificación. PAT notificará a los pasajeros cuando se reanude la emisión de tarjetas ADA con fotografía.

Recuerde:

- Los operadores pueden ofrecer ayuda de estabilización durante el abordaje y descenso, al asegurar un dispositivo de movilidad y al asegurar el cinturón de seguridad.
- Los operadores no están capacitados para actuar como asistentes de cuidado personal (PCA). Indique en la solicitud si requiere y tendrá un PCA o un acompañante. Un PCA con identificación emitida por su empleador podrá viajar GRATIS. Un acompañante debe pagar la misma tarifa que el solicitante.

Después de completar todas las secciones aplicables, envíe la solicitud terminada a:

**Petersburg Area Transit
ATTN: Paratransit Supervisor
100 W Washington St
Petersburg, VA 23803**

Español

El servicio de paratransito es un servicio de transporte especializado para personas con discapacidades, personas mayores con discapacidades y otras personas que no pueden utilizar de manera independiente las rutas fijas de PAT.

Los sistemas de transporte público proporcionan el servicio de paratransito como parte de los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés).

Para utilizar el servicio de paratransito de la ADA, primero debe estar certificado como elegible. Lea las siguientes instrucciones antes de completar el formulario de solicitud adjunto. Toda la información que proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.

1. Responda COMPLETAMENTE todas las preguntas del formulario y devuélvalo al sistema de transporte. Las solicitudes incompletas no se procesarán y se devolverán para que sean completadas.
2. Su solicitud será revisada y se tomará una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días posteriores a la recepción de una solicitud COMPLETA. La elegibilidad presunta se otorga a partir del día 22, a menos que la solicitud sea denegada por escrito. Recibirá una carta indicando si es elegible o no.
3. La elegibilidad para sus necesidades de viaje en paratransito puede ser completa o condicional, dependiendo de la naturaleza de su discapacidad o de sus circunstancias.
4. Petersburg Area Transit Paratransit se reserva el derecho de tomar la determinación final sobre la elegibilidad del solicitante.

NOTA:

El uso de una silla de ruedas no implica elegibilidad automática. Muchas personas que usan sillas de ruedas pueden utilizar los servicios de rutas fijas para muchos o todos sus viajes. La elegibilidad para paratransito ADA no se basa en la edad, los ingresos ni en si una persona puede conducir o tiene acceso a transporte privado.

¡Gracias!

[] Solicitud nueva [] Recertificación

Escriba claramente. DEBE responder todas las preguntas.

PARTE A: DATOS DE LA SOLICITUD

1. Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

2. Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

3. Teléfono de casa _____ Celular/Otro _____

4. Contacto de emergencia _____ Teléfono _____

5. ¿Utiliza normalmente alguna de las siguientes ayudas de movilidad? Sí _____ No _____

___ Silla de ruedas manual ___ Silla de ruedas eléctrica ___ Scooter motorizado (3 o 4 ruedas)

___ Bastón ___ Bastón blanco (discapacidad visual) ___ Muletas ___ Andador

___ Animal de servicio ___ Oxígeno portátil ___ Otro: _____

¿Tiene una rampa para personas con discapacidad que cumpla con los requisitos del Código Uniforme Estatal de Construcción de Virginia para rampas de sillas de ruedas? Sí _____ No _____

Peso total de la persona + ayuda de movilidad/silla de ruedas _____ lb.

6. ¿Requiere un asistente de cuidado personal que usted proporcionará (alguien que no sea el operador del elevador) para ayudarlo a abordar, viajar o bajar de un vehículo accesible de paratransito? Sí _____ No _____ A veces _____

6a. Explique cuándo se necesita un asistente:

Petersburg Area Transit: SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO ADA

7. ¿Puede leer letreros informativos? Sí _____ No _____

8. ¿Puede manejar situaciones inesperadas o cambios en la rutina? Sí _____ No _____

9. Cuando viaja, ¿puede desplazarse por sí mismo? Sí _____ No _____

10. ¿Puede pedir, comprender y seguir instrucciones? Sí _____ No _____

11. Si no puede subir los escalones, ¿puede sujetarse de los pasamanos y usar el elevador para subir a un autobús equipado para sillas de ruedas? Sí _____ No _____

12. ¿Qué condiciones climáticas, si alguna, afectan su capacidad para utilizar un autobús regular de ruta fija?

13. Todos los pasajeros de paratransito viajan actualmente GRATIS hasta nuevo aviso. Antes del anuncio del servicio gratuito, los viajes costaban \$1.75 por trayecto. Se le notificará si las tarifas vuelven a entrar en vigor.

14. Para obtener una tarjeta de identificación de paratransito ADA, debe presentar prueba de edad mediante una copia de uno de los siguientes documentos:

- Certificado de bautismo
- Certificado de nacimiento
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación estatal
- Otro (identificación militar, tarjeta de registro electoral, etc.)

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de entrega: _____

Fecha de finalización: _____

Fecha de aprobación: _____

Carta de aprobación enviada: _____

Fecha de denegación: _____

Carta de denegación enviada: _____

Denegado por: _____

Tipo de identificación: _____

Aprobado por: _____

Notas sobre aprobación/denegación demorada: _____

Escriba claramente. Debe responder todas las preguntas.

PARTE B: INFORMACIÓN FUNCIONAL

1. Describa la limitación física, sensorial o mental que le impide utilizar los servicios regulares de autobús de ruta fija.

2. Sus discapacidades son: ____ Permanentes ____ Temporales ____ Variables hasta _____

3. ¿Cuál es el período máximo que puede esperar sin apoyo? _____ minutos

¿Este período se ve afectado por temperaturas extremadamente altas o bajas? Sí ____ No ____

Si respondió sí, describa su situación:

PARTE C: FIRMA DEL SOLICITANTE

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta:

Firma: _____ Fecha: _____

PARTE D: PERSONA DISTINTA DEL SOLICITANTE QUE COMPLETA EL FORMULARIO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Firma de la persona que completa el formulario por el solicitante)

PARTE E: AUTORIZACIÓN AL PROFESIONAL PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PERSONAL

Los formularios incompletos no serán considerados. Un médico debe verificar su discapacidad, pronóstico y fecha de inicio. La verificación puede obtenerse directamente de su médico o de una agencia que mantenga en sus archivos una declaración médica. Esta información debe presentarse con la solicitud en papel membretado oficial del médico o en el Formulario de Verificación Médica o de Discapacidad. La información es confidencial y no se compartirá con otra organización salvo lo permitido por la Ley de Libertad de Información de Virginia.

Verificación de información: Verifico que todas las declaraciones son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información falsa puede descalificar mi solicitud o registro posterior. Autorizo a Petersburg Area Transit a verificar cualquier información de esta solicitud y a obtener la información médica esencial necesaria para determinar la elegibilidad para paratransito. También acepto someterme a una evaluación en persona por PAT o su agente autorizado.

También certifico que, para ser transportado, mi dispositivo de movilidad no puede exceder un peso total de 800 lb cuando está ocupado y debe caber en el espacio designado. Ejemplo: el peso corporal más el peso de la silla no puede exceder 800 lb.

Autorizo la divulgación limitada de información a PAT Paratransit sobre mis capacidades funcionales para viajar. La información se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito ADA.

EL SOLICITANTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN.

Nombre del profesional: _____

Agencia/Organización: _____

Número de teléfono: _____

Firma autorizada: _____

Reconozco que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. **EL SOLICITANTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN.**

Nombre del solicitante (letra de molde): _____ Fecha: _____

Firma del solicitante: _____

Nota: El "profesional" verificador puede ser un especialista en rehabilitación, evaluador de discapacidades, trabajador de casos de salud mental, médico u otra persona con conocimiento de su discapacidad y capacidades funcionales para viajar.

Formulario Médico de Verificación de Discapacidad

Conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990

ALTO ALTO ALTO ALTO ALTO ALTO

LEA AQUÍ -> Las páginas 8 y 9 deben ser completadas ÚNICAMENTE POR EL MÉDICO

Médico: Complete, firme y envíe este formulario de Verificación de Discapacidad lo antes posible. Su paciente está siendo considerado para inscripción en el servicio de paratransito de Petersburg Area Transit. La información proporcionada tiene como fin verificar cualquier condición o enfermedad que impida al paciente utilizar el servicio regular de ruta fija.

Nombre y apellido del paciente: _____

Envíe por correo a Petersburg Area Transit, Attn: Paratransit Supervisor, 100 W. Washington St., Petersburg, VA 23803, o por fax al 804-733-2468.

¿Utiliza el paciente ayudas de movilidad? Sí ____ No ____

Explique:

Si utiliza una ayuda de movilidad, ¿qué distancia puede recorrer sin ayuda? (una cuadra = aprox. 500 pies) _____ cuerdas

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Nombre de la condición/enfermedad: _____

Fecha de inicio: _____

Pronóstico:

¿Necesitará el paciente ayuda mientras viaja en nuestro vehículo?

¿Tiene este paciente DISCAPACIDAD AUDITIVA? Sí ____ No ____

Explique: _____

***** EL MÉDICO DEBE CONTINUAR EN LA PÁGINA SIGUIENTE *****

Petersburg Area Transit: SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO ADA

En su opinión profesional, ¿la discapacidad de esta persona le impide llegar a una parada, abordar, viajar o bajar de un autobús regular de ruta fija? Sí ____ No ____

Explique qué impide que el paciente utilice el servicio regular en un vehículo completamente accesible (por ejemplo, equipado con elevador para silla de ruedas y pasamanos):

¿Requiere el paciente una ayuda para viajar o un asistente? Sí ____ No ____

Explique:

Estado de la discapacidad (seleccione uno):

____ El paciente tendrá una discapacidad temporal.

Duración prevista; especifique el intervalo de fechas: _____ a _____

____ El paciente se considera permanentemente discapacitado.

____ El paciente no tiene una discapacidad.

PARA DISCAPACIDAD VISUAL

____ Ojo derecho ____ Ojo izquierdo

Especifique la discapacidad visual:

Mi firma certifica que la información anterior es correcta. Debe estar firmada por un médico con licencia:

Firma del médico y credenciales (M.D., O.D.)

Fecha

Teléfono del consultorio:

Número de licencia (obligatorio):

Estado:
