

Solicitud complementaria de paratransito ADA de GWTA

Gracias por su interés en el paratransito de GWTA. Este servicio está disponible para personas que cumplen con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y no pueden viajar en transporte público de ruta fija debido a su discapacidad. Para calificar para el paratransito de GWTA, las personas deben completar un proceso de solicitud y proporcionar documentación de su discapacidad. Esto puede incluir registros médicos, declaraciones del médico u otros documentos de respaldo. Una vez aprobado, las personas elegibles pueden programar viajes en GWTA Paratransit para viajes esenciales dentro del área de servicio designada, que se encuentra dentro de un radio de $\frac{3}{4}$ de milla de las paradas de autobús de ruta fija de GWTA.

Lea atentamente los materiales adjuntos antes de completar la solicitud.

Servicios de autobús de ruta fija (regular): Todos nuestros autobuses están equipados con rampas o ascensores para personas que utilizan sillas de ruedas o scooters. Detrás del conductor del autobús hay prioridad para las personas con discapacidad y las personas mayores. Los servicios de autobús de ruta fija operan en un horario fijo y cubren varias rutas por toda la ciudad, brindando opciones de transporte para todos.

Capacitación para viajar: entendemos que navegar en el transporte público puede resultar intimidante, especialmente para personas con discapacidades o personas mayores. Es por eso que GWTA ofrece capacitación en viajes para ayudarlo a sentirse seguro y cómodo viajando en nuestros autobuses de ruta fija. Nuestro personal capacitado le brindará asistencia y orientación, asegurándose de que comprenda cómo usar las rampas o ascensores y ubicar los asientos prioritarios. Lo mejor de todo es que esta formación es completamente gratuita. Si está interesado en aprender a viajar en los autobuses de GWTA, no dude en comunicarse con nuestra oficina al 919-736-1374. Estaremos más que felices de programar una sesión de capacitación para usted.

¿Quién es elegible?

Las personas que pueden utilizar el servicio normal de ruta fija de autobús de GWTA pueden no ser elegibles para el servicio ADA. El simple hecho de tener una discapacidad no garantiza la elegibilidad, y una persona a la que simplemente le resulta difícil o incómodo viajar por la ruta fija no cumple con los criterios para necesitar esta asistencia. El diagnóstico médico no influye en la evaluación individualizada de cada solicitud. El proceso de elegibilidad está más estrechamente relacionado con su capacidad funcional para utilizar el autobús y requiere que responda el cuestionario adjunto con mucho cuidado. Le recomendamos que alguien le ayude con el cuestionario si tiene preguntas.

Lo que debes saber sobre este programa de paseo

GWTA proporciona paratransito complementario ADA para pasajeros dentro de un corredor de $\frac{3}{4}$ de milla de rutas fijas que no son de transporte diario. Fuera de este corredor, un solicitante puede viajar por \$5.00 por persona por trayecto. Si califica para el servicio ADA pero vive fuera de esta área, debe organizar el transporte para llegar dentro de $\frac{3}{4}$ de milla de la ruta del servicio.

Actualmente, el precio ADA es de \$2.00 por viaje de ida. Las tarifas deben pagarse exactamente en efectivo. Las tarifas las cobra el conductor y deben pagarse antes de subirse a la furgoneta. Los conductores de GWTA no llevan cambio.

Si hay escalones, los pasajeros que utilicen sillas de ruedas o scooters deberán disponer de una rampa. Los conductores no "empujan" a los pasajeros al subir o bajar escaleras ni al entrar y salir de las casas.

Hay tres tipos de certificación otorgadas a clientes ADA elegibles:

- **Certificación incondicional:** Todos los viajes dentro del área de servicio están cubiertos por el servicio ADA y la persona tiene una discapacidad o condición médica que le imposibilita utilizar los autobuses de ruta fija de GWTA.
- **Certificación condicional:** la persona puede usar o aprender a usar los autobuses de ruta fija administrados por la GWTA, pero parte de su viaje no es posible debido a una discapacidad o condición médica. En estas excursiones, se podría ofrecer ADA si la persona no puede utilizar una ruta fija.
- **Certificación Temporal:** Este tipo de certificación indica que la persona no puede utilizar los autobuses de ruta fija de GWTA debido a una enfermedad o discapacidad temporal específica.

La elegibilidad para los servicios de paratransito (ADA) del sistema de tránsito Goldsboro-Wayne se otorga por un período que no excede los tres (3) años, independientemente de la permanencia o la naturaleza temporal de las limitaciones funcionales.

Proceso de solicitud

La solicitud tiene dos partes y ambas deben completarse y entregarse en la oficina de GWTA. Si cree que califica para los servicios de paratransito ADA, complete la solicitud adjunta de la manera más completa y precisa posible. Las solicitudes completadas deben devolverse a:

Autoridad de Transporte Goldsboro-Wayne
Apartado postal 227
Goldsboro, Carolina del Norte 27533
Fax: (919) 731-1558

La parte "A" debe ser completada por el solicitante o su agente. Este formulario debe ser completado y firmado en su totalidad por el solicitante o, si el solicitante es menor de 18 años o no puede firmar, por el tutor del solicitante o cualquier persona que haya ayudado a completarlo.

La Parte "B" es el Formulario de Verificación Profesional. El solicitante debe completar el formulario de "autorización para divulgación de información" y luego enviarlo, junto con la Parte B, a un especialista que esté familiarizado con su discapacidad. Los profesionales incluyen médicos, trabajadores sociales autorizados y especialistas en rehabilitación.

El profesional seleccionado debe completar la Parte "B" y devolver la solicitud completa al solicitante o a la oficina de GWTA. **Las solicitudes deben enviarse a la GWTA dentro de los treinta (30) días posteriores a que el profesional seleccionado complete la Parte "B".**

Su solicitud completa se procesará dentro de los 21 días posteriores a su recepción. Se le notificará por escrito sobre su estado de elegibilidad. Si llegamos a la conclusión de que puede utilizar el servicio de autobús de ruta fija de GWTA pero no es elegible para ADA, le informaremos los motivos de esta decisión. Puede apelar cualquier decisión de elegibilidad tomada por GWTA que restrinja su capacidad para utilizar el Servicio de Paratransito Complementario ADA.

Su solicitud completa se procesará dentro de los 21 días posteriores a su recepción. Se le notificará por escrito sobre su estado de elegibilidad. Si llegamos a la conclusión de que puede utilizar el servicio de autobús de ruta fija de GWTA pero no es elegible para ADA, le informaremos los motivos de esta decisión. Puede apelar cualquier decisión de elegibilidad tomada por GWTA que restrinja su capacidad para utilizar el Servicio de Paratransito Complementario ADA.

Autoridad de Transporte Goldsboro-Wayne
A la atención de: Director
Apartado postal 227
Goldsboro, Carolina del Norte 27533

Esta solicitud solo debe completarse si tiene una discapacidad o condición de salud que le prohíbe utilizar el servicio de autobús de ruta fija de vez en cuando o de forma regular. Las personas que encuentren incómodo o difícil realizar estas tareas pero que no les impidan usar el sistema de autobús de ruta fija NO SON ELEGIBLES para recibir los servicios. Las personas que completen esta solicitud serán consideradas para la ADA. La información sobre discapacidades o condiciones de salud se mantendrá completamente confidencial.

Hay formatos alternativos disponibles. Esta solicitud se puede descargar o enviar por correo en letra grande. Los usuarios con TDD pueden enviar un correo electrónico a ridegwta@waynegov.com o llamar al 1-800-735-2962 para hablar con el coordinador de ADA solicitando que los conecten al 919-736-1374.

—POR FAVOR, IMPRENTA LEGIBLE—

Parte A - INFORMACIÓN PERSONAL

Estoy solicitando Elegibilidad de Paratransit Renovación de Paratransit

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Apellido _____

Dirección: _____ Apto. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (casa) _____ Celular _____

Si tiene problemas de audición, número TDD: _____

Idioma principal Inglés Español ASL Otro _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo (M/F) _____

¿Hay alguien más que tenga la autoridad para discutir su solicitud o servicios con GWTA o organizar el transporte para usted?

Capaz de organizar el transporte y discutir servicios y aplicaciones.

Solo puedo programar transporte

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

En caso de una emergencia, proporcione la información de contacto de alguien a quien GWTA pueda contactar. Podría ser un amigo, un familiar o un trabajador de apoyo que esté familiarizado con sus discapacidades.

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Apto. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

1. ¿Utiliza actualmente algún transporte urbano, incluido el autobús regular de ruta fija de GWTA?

Sí No

2. En caso negativo, ¿ha intentado utilizar el servicio de ruta fija accesible de GWTA en los últimos 3 meses?

Sí No

En caso afirmativo, cuéntanos tu experiencia.

3. Si actualmente no utiliza el servicio de ruta fija accesible de GWTA, ¿qué podría ayudarle a hacerlo?

Información de ruta y horarios Formación sobre cómo viajar en el autobús

4. ¿Dónde está la parada de autobús más cercana a tu residencia? Indique una ubicación o intersección (por ejemplo, Center y Walnut St.)

5. ¿Puedes llegar solo a la parada de autobús? Sí No

6. Seleccione los obstáculos que encuentre al viajar a la parada de autobús más cercana:

Calle(s) transitada(s) para cruzar Distancia excesiva Sin aceras Otro: _____

7. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad mientras viaja?

Bastón de apoyo Muletas Andador Oxígeno Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Scooter (3 ruedas) Animal de servicio Bastón blanco Otro: _____

No, no uso ningún tipo de ayuda para la movilidad.

8. Si utiliza una silla de ruedas o un scooter, ¿su casa está equipada con una rampa para sillas de ruedas? Sí No

9. Los vehículos de Paratransit están equipados con un elevador de 30 pulgadas de ancho, 48 pulgadas de largo y con capacidad para hasta 800 libras. ¿Las medidas combinadas de usted y su dispositivo de movilidad se ajustan a estos parámetros? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles son las dimensiones y el peso combinado?

Nota importante: los pasajeros que utilizan sillas de ruedas o scooters deben tener una rampa si hay escalones. Los conductores no "empujarán" a los pasajeros para subir o bajar escaleras, ni para entrar y salir de las casas. Si el peso combinado de un pasajero y un dispositivo de movilidad supera las 800 libras, se les permite abordar por separado de su dispositivo de movilidad.

10. Viajo: solo tanto solo como con acompañante Solo con asistente o acompañante

11. Marque UNA de las siguientes afirmaciones que defina mejor la naturaleza de la discapacidad o limitación que le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de GWTA. Describe tus necesidades específicas en el espacio provisto.

Tengo un problema de movilidad. Describa la naturaleza de esta condición y cualquier barrera natural (como pendientes, descensos y distancias) que limiten su capacidad para utilizar el transporte público.

Tengo una limitación de resistencia que me impide caminar la distancia necesaria para llegar a la parada del autobús. Explique la causa y la naturaleza de esta condición.

Tengo una discapacidad visual que me impide encontrar el camino hacia y desde una parada de autobús de GWTA sin ayuda. Describa la naturaleza de su dolencia y su nivel funcional de visión.

Tengo una condición cognitiva que me impide recordar y comprender la información necesaria para transportarme adecuadamente hacia y desde la parada de autobús. Por favor indique las causas y síntomas de nuestra condición.

Tengo un problema médico importante que afecta mi capacidad de funcionar. Describa e indique si su condición es temporal o permanente y si es de naturaleza episódica (por ejemplo, ¿tiene días o períodos "buenos" en los que puede utilizar el transporte y días "malos" en los que no puede?).

Estoy luchando contra las pérdidas funcionales causadas por la edad. Creo que no puedo utilizar el servicio regular de autobús debido a las siguientes limitaciones:

Otro. Mis limitaciones funcionales no caen en ninguna de las siguientes categorías: No puedo utilizar los servicios de autobús convencionales porque:

12. Esta Condición es:

Permanente Mediano/Largo Plazo (hasta 3 años) Corto plazo/temporal (hasta un año)

13. Seleccione TODAS las discapacidades que afecten significativamente su capacidad para acceder al servicio de ruta fija accesible de GWTA:

Enfermedad de Alzheimer Amputación (especifique) _____
 Ansiedad/ataques de pánico Artritis Asma Espectro del autismo
 Cáncer (especifique) _____ Cataratas Parálisis cerebral Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) Fibrosis Quística
 Demencia Diabetes (grave) Enfisema Epilepsia (grave) Ataque cardíaco
 Lesión cerebral traumática Enfermedad renal/diálisis Legalmente ciego
 Degeneración macular Discapacidad intelectual Esclerosis múltiple Distrofia muscular Paraplejia Enfermedad de Parkinson Enfermedad vascular periférica
 Cuadriplejia Retinopatía Trastorno de esquizofrenia Ceguera Accidente cerebrovascular/trauma cerebral Otro (especifique) _____

14. Describa cómo las limitaciones enumeradas anteriormente afectan gravemente su capacidad para utilizar el servicio de ruta fija accesible de GWTA. Le pedimos que sea lo más detallado y específico posible.

Entiendo que el propósito de esta solicitud es establecer mi elegibilidad para el servicio de paratransito complementario ADA del Sistema de Transporte Goldsboro-Wayne. Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y correcta, y que si está incompleta, me será devuelta, retrasando el procesamiento. Entiendo que falsificar o tergiversar hechos, o cambios en mi condición médica, pueden resultar en cambios en el estado de mi certificación. También entiendo que se requiere más información de mi proveedor de atención médica sobre mi discapacidad o condición médica y se utilizará para determinar mi elegibilidad. Acepto notificar a GWTA si ya no necesito utilizar los servicios de paratransito complementarios de la ADA.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

(Los solicitantes deben tener 18 años para firmar de forma independiente. De lo contrario, se requiere la firma del tutor.

Representante del solicitante

Si esta solicitud fue completada por alguien que no sea el solicitante, se debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Relación con el solicitante: _____ Fecha: _____

Divulgación de información

La Parte B de esta solicitud debe ser completada por un profesional de atención médica o de servicios humanos que tenga conocimiento sobre la condición debilitante y/o las limitaciones funcionales del solicitante. Su firma en esta solicitud le permite a este profesional brindar información a la Autoridad de Transporte de Goldsboro-Wayne sobre su elegibilidad para los servicios de ADA. En el espacio provisto a continuación, escriba claramente el nombre del experto que verificará su solicitud y describa su puesto.

Nombre del Profesional: _____ [] Médico autorizado [] Terapeuta físico autorizado [] Terapeuta ocupacional autorizado [] Trabajador social autorizado [] Psicólogo certificado [] Otro: _____

Autorización para la divulgación de información

Autorizo al profesional que completó la Parte B de esta solicitud a proporcionar información a la Autoridad de Transporte de Goldsboro-Wayne sobre mis limitaciones o condición de salud y cómo afecta mi capacidad para viajar en el servicio de autobús de Transporte de Goldsboro-Wayne. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es establecer si soy elegible para recibir servicios de paratransito complementarios de la ADA. Acepto divulgar la información solicitada a Goldsboro-Wayne Transportation y a cualquier panel de revisión de elegibilidad, y entiendo que la información contenida a continuación se mantendrá confidencial, a menos que la ley exija lo contrario. Además, entiendo que Goldsboro-Wayne Transportation se reserva el derecho de solicitar más información a su propia discreción. Acepto notificar a Goldsboro-

Wayne Transportation sobre cualquier cambio en mi estado de discapacidad que pueda afectar mi capacidad para utilizar el servicio de paratransito complementario de la ADA. También soy consciente de que esto puede afectar mi elegibilidad como pasajero.

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fecha: _____

(Firma del Solicitante o Responsable)

Divulgación de información

La Parte B de esta solicitud debe ser completada por un profesional de atención médica o de servicios humanos que tenga conocimiento sobre la condición debilitante y/o las limitaciones funcionales del solicitante. Su firma en esta solicitud le permite a este profesional brindar información a la Autoridad de Transporte de Goldsboro-Wayne sobre su elegibilidad para los servicios de ADA. En el espacio provisto a continuación, escriba claramente el nombre del experto que verificará su solicitud y describa su puesto.

Nombre del Profesional: _____ [] Médico autorizado [] Terapeuta físico autorizado [] Terapeuta ocupacional autorizado [] Trabajador social autorizado [] Psicólogo certificado [] Otro: _____

Autorización para la divulgación de información

Autorizo al profesional que completó la Parte B de esta solicitud a proporcionar información a la Autoridad de Transporte de Goldsboro-Wayne sobre mis limitaciones o condición de salud y cómo afecta mi capacidad para viajar en el servicio de autobús de Transporte de Goldsboro-Wayne. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es establecer si soy elegible para recibir servicios de paratransito complementarios de la ADA. Acepto divulgar la información solicitada a Goldsboro-Wayne Transportation y a cualquier panel de revisión de elegibilidad, y entiendo que la información contenida a continuación se mantendrá confidencial, a menos que la ley exija lo contrario. Además, entiendo que Goldsboro-Wayne Transportation se reserva el derecho de solicitar más información a su propia discreción. Acepto notificar a Goldsboro-Wayne Transportation sobre cualquier cambio en mi estado de discapacidad que pueda afectar mi capacidad para utilizar el servicio de paratransito complementario de la ADA. También soy consciente de que esto puede afectar mi elegibilidad como pasajero.

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fecha: _____

(Firma del Solicitante o Responsable)

Solicitud de paratransito ADA de GWTA, PARTE B

Verificación profesional ADA

El solicitante nombrado en la PARTE A de esta solicitud ha solicitado que usted proporcione información sobre su capacidad para proveer los servicios de tránsito de Goldsboro. La Autoridad de Transporte Goldsboro-Wayne proporciona servicios de paratransito ADA a personas con discapacidades elegibles para ADA que no pueden usar el transporte tradicional. La información que envíe nos ayudará a proveer la solicitud y establecer los servicios únicos del individuo. Gracias por su cooperación en este tema.

TENGA EN CUENTA: Los servicios de tránsito de ruta fija de la GWTA que se brindan en toda la ciudad actualmente son accesibles para personas con discapacidades que requieren vehículos equipados con elevadores y anuncios en las paradas de autobús. La persona que solicita el servicio de paratransito ADA no debe poder usar estos servicios debido a limitaciones funcionales. La condición de las personas debe ser viajar en una ruta fija de autobús, ya sea todo el tiempo, temporalmente o en determinadas circunstancias. Las molestias, la menor comodidad y/o el dolor no son motivo de calificación y se le solicita que lo verifique. Es extremadamente importante que proporcione información específica sobre las limitaciones funcionales de las personas.

(Por favor escriba o imprima claramente. NO utilice códigos ICD-10 ni códigos DSM)

Nombre del solicitante: _____

Capacidad en la que conoce al solicitante: _____

He leído la Parte A en su totalidad [] Sí [] No

Estoy de acuerdo con la información proporcionada en la Parte A [] Sí [] No

En caso negativo, explique: _____

Diagnóstico médico: _____

Fecha de inicio: _____

Pronóstico: _____

Solicitante: Altura: _____ Peso: _____

1. Especifique qué limitaciones funcionales están asociadas con esta condición y sea específico cuando se le solicite proporcionar información adicional.

- [] Deterioro de la movilidad
- [] Discapacidad visual [] Total [] Parcial
- [] Discapacidad auditiva [] Total [] Parcial
- [] Resistencia comprometida [] Muscular [] Respiratoria
- [] Deterioro cognitivo

[] Otro (especifique): _____

*Si este individuo tiene limitaciones funcionales debido a un deterioro cognitivo, indique cualquiera de los siguientes problemas que sean pertinentes para este individuo:

[] No se le puede dejar solo esperando el transporte.

[] Muestra un comportamiento que es inseguro para ellos mismos o para otras personas que utilizan el transporte público.

[] No puede reconocer los vehículos que deben abordar.

2. ¿Utiliza el Solicitante alguna de las siguientes ayudas para la movilidad?

[] Silla de ruedas manual [] Silla de ruedas eléctrica [] Scooter eléctrico [] Bastón

[] Muletas [] Andador [] Animal de servicio [] Otro: _____ [] Ninguno

3. ¿Requiere el Solicitante la asistencia de un Asistente de Cuidado Personal (PCA) para viajar con él?

[] Nunca [] A veces [] Siempre (el solicitante no puede viajar sin asistencia)

Nota: Obtener una PCA es responsabilidad del solicitante. Un PCA puede viajar gratis con el pasajero en vehículos GWTA.

DISCAPACIDAD VISUAL

¿La visión del solicitante es [] estable [] degenerative

[] Otro: _____

¿El solicitante es capaz de reconocer lugares familiares, como puntos de referencia o destinos?

[] Sí [] No

¿El solicitante es legalmente ciego? [] Sí [] No

DISCAPACIDAD COGNITIVA

¿El solicitante es capaz de:

¿Proporcionar su dirección, número de teléfono? [] Sí [] No

¿Reconocer destinos/puntos de referencia? [] Sí [] No

Solicitar y seguir instrucciones [] Sí [] No

¿Cruzar con seguridad las principales intersecciones? [] Sí [] No

4. ¿Hay alguna información adicional que deba ser comunicada a GWTA?

Al firmar a continuación, el profesional médico da fe de que:

Entiendo que mi cliente está solicitando la elegibilidad de paratrásito con GWTA. La información que he proporcionado es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsificada o incompleta puede dar lugar a la suspensión de los servicios de paratrásito para el solicitante.

Nombre de la clínica/agencia: _____

Dirección de la oficina: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de la oficina # _____ Fax de la oficina: # _____

Nombre: _____ (Por favor imprima) (Credenciales)

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe por correo o fax el formulario completo a:

Autoridad de Transporte de Goldsboro Wayne

Apartado postal 227

Goldsboro, Carolina del Norte 27433

Fax: (919) 731-1558

Para uso exclusivo de GWTA:

Aprobado Rechazado

Incondicional Condicional Temporal

Emitido por: _____ Fecha: _____

Número de Tarjeta: _____ Agencia: _____

