

Información de elegibilidad

Marin Access Paratransit proporciona servicios de paratransito conforme a la Ley de Norteamericanos con Incapacidades (ADA) a nombre del Marin County Transit District y del Golden Gate Bridge, Highway and Transportation District. ADA Paratransit es un transporte para personas que, debido a una condición mental o física, son incapaces de abordar el transporte público de ruta fija como el Golden Gate Transit. Con el fin de ser determinado como elegible conforme a una de las siguientes categorías, tal y como las definen el Departamento de Transporte de EE.UU. y el Departamento de Justicia de EE.UU.

Categoría 1

La persona no puede utilizar de forma independiente el transporte accesible de ruta fija debido a una incapacidad ya sea en ocasiones o en todo momento.

La primera categoría de elegibilidad incluye a las personas que no pueden utilizar los servicios totalmente accesibles de autobús de ruta fija. En esta categoría se incluye:

"A cualquier persona con una incapacidad que no pueda, como resultado de un impedimento físico o mental (incluyendo un impedimento de la vista), y sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia de abordaje), abordar, viajar o bajar de un vehículo del sistema que actualmente sea accesible para y utilizable por personas con incapacidades". [Sección 37.123(e)(1) de las regulaciones de ADA]

Esto aplica para una persona que no puede desplazarse de forma independiente en el sistema de autobús de ruta fija (abordar, viajar o bajar del autobús o del tranvía).

Categoría 2

Los vehículos de ruta fija que el pasajero necesita utilizar no son accesibles y/o el elevador no se puede utilizar en las paradas necesarias.

La segunda categoría de elegibilidad incluye:

"A cualquier persona con una incapacidad que necesite la ayuda de un elevador para silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia para el abordaje y que sea capaz, con dicha asistencia, de abordar, viajar y bajar de cualquier vehículo que sea accesible y utilizable por personas con incapacidades si la persona desea viajar en una ruta del sistema durante los horarios de operación del sistema en una hora, o dentro de un periodo razonable de dicha hora, cuando el vehículo no esté siendo utilizado para proporcionar transporte público designado en la ruta". [Sección 37.123(e)(2) de las regulaciones de ADA]

Esto también aplica a cualquier persona que pudiera utilizar el sistema de autobuses de ruta fija si un vehículo accesible estuviera disponible, o para una persona que desee utilizar una estación/parada designada, pero que el elevador no pudiera utilizarse o resultaría dañado si lo hiciera, o si las condiciones temporales provocaran que una parada designada fuera insegura para su uso de parte de todos los pasajeros.

Categoría 3

Impedimento específico individual relacionado con una condición que impida que él/ella se desplace hacia o desde el sistema de transporte de ruta fija.

La tercera categoría de la elegibilidad para paratransito de ADA incluye:

"Cualquier persona con una incapacidad que tenga una condición específica relacionada con un impedimento que no le permita a dicho individuo viajar hacia un punto de abordaje o desde un punto de bajada en dicho sistema". [Sección 37.123(e)(3) de las regulaciones de ADA]

Esto aplica a personas que, debido a su incapacidad, no pueden tener acceso a una parada de autobús o estación de tranvía para abordar el sistema de autobuses de ruta fija y no pueden tener acceso a su destino final después de bajar de un autobús o tranvía de ruta fija. La elegibilidad

conforme a esta categoría se determina para un viaje en específico en cada ocasión que el cliente elegible llama.

En las regulaciones también se incluye un importante factor calificador para esta categoría:

Las condiciones ambientales y las barreras arquitectónicas que no están bajo el control de la entidad pública cuando se consideran por sí mismas no otorgan elegibilidad para el servicio de paratransito de ADA al pasajero. (Por favor tome en cuenta, un inconveniente al utilizar el sistema de autobuses de ruta fija tampoco es una base para la elegibilidad)

Se debe tomar en cuenta que Marin Access Paratransit sólo puede procesar las solicitudes de ADA de los residentes del Condado de Marin. Si usted vive fuera del Condado de Marin y necesita ayuda, comuníquese con su proveedor local de paratransito o de ruta fija para conocer los procedimientos de elegibilidad en su condado.

Si usted cree que puede ser elegible para el servicio de paratransito, por favor comuníquese con nuestro departamento de elegibilidad para paratransito al:

(415) 454-0902 para obtener más ayuda.

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA SOLICITANTES

Este paquete incluye información y formas que usted necesita para solicitar la elegibilidad al servicio de paratrásito en el Área de la Bahía de San Francisco. Como parte de los requerimientos de la Ley para Estadounidenses con Incapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), todos los sistemas de transporte público proporcionan el servicio de paratrásito. Este tipo especial de servicio de transporte público está limitado para personas que son incapaces de utilizar de forma independiente el transporte público regular, en algunas ocasiones o siempre, debido a una incapacidad o una condición de salud.

Con el fin de utilizar el servicio de paratrásito de ADA, usted debe certificarse como elegible. La elegibilidad se determina según el caso. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad se limita estrictamente a las personas que tienen limitaciones específicas que les impiden utilizar el transporte público accesible.

Su solicitud pudiera ser aprobada para una elegibilidad completa (incondicional) o limitada sólo para algunos viajes (elegibilidad condicional). Si se halla que usted es capaz de utilizar el autobús regular y el tranvía en todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, usted no será elegible para el paratrásito.

Para solicitar la elegibilidad debe llenar completamente el formulario de solicitud adjunto, y mandar llenar y firmar la verificación profesional (páginas 15-16) por un profesional con licencia. Revisaremos su capacidad para usar el transporte público accesible. Después de estudiar su solicitud, podríamos necesitar más información. Podríamos necesitar:

- Llamarle por teléfono
- Programar una entrevista en persona o una evaluación funcional, o
- Consultar con su médico, profesional de la salud u otro especialista sobre su condición y capacidades

Para obtener una copia de esta solicitud en otros formatos accesibles, por favor llame al:

415-454-0902

Se recomienda a los solicitantes y a aquellas personas que les estén ayudando, que lean el folleto llamado "Transporte Accesible en el Área de la Bahía de San Francisco", antes de llenar el formulario adjunto. Si usted necesita un folleto, llame a su agencia de tránsito. Éste proporciona más detalles acerca del paratransito ADA y los criterios de elegibilidad.

Su solicitud será procesada en un plazo de 21 días desde su recepción. La solicitud debe haber sido llenada de forma adecuada y usted debe estar disponible para una evaluación de segundo nivel si se solicita. Un segundo nivel de evaluación pudiera incluir una entrevista telefónica con usted, un comprobante médico o una entrevista en persona. La entrevista en persona pudiera incluir una prueba funcional para determinar su capacidad para tomar un viaje en transporte público, como la capacidad de caminar a una parada de autobús, de leer los señalamientos, etc.

Usted recibirá un aviso sobre su determinación de elegibilidad por correo. Si usted es certificado(a) como elegible, será elegible para viajar por los nueve condados del Área de la Bahía. Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, tiene el derecho de apelar. La información sobre cómo presentar una apelación se incluirá en su aviso de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad toma más de 21 días, se le podría conceder una elegibilidad que le permita usar el sistema de paratransito hasta que se tome una decisión final sobre su elegibilidad. Esto no aplica si, por falta de acciones de su parte, no podemos llevar a término el procesamiento de su solicitud.

INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

1. Por favor **ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA las respuestas completas de todas las preguntas** del formulario de solicitud. Sus respuestas detalladas y explicaciones nos ayudarán a hacer una determinación adecuada. Asegúrese de **responder TODAS las preguntas o su solicitud se considerará incompleta**. Las solicitudes incompletas serán devueltas.

2. No es necesario que adjunte páginas o información adicional. Sin embargo, quizá desee enviar otros documentos que considere que nos ayudarán a comprender sus limitaciones. **Toda la información que usted proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.**

3. **Debe proporcionar FIRMAS en dos lugares para que la solicitud esté completa:**

- Certificación de quien solicita (Página 12)
- Autorización para Expedir Información para un profesional médico o de rehabilitación apropiado (Página 13)

4. Usted debe mandar llenar y firmar la verificación profesional (páginas 10-11) por un profesional con licencia (que no sea el solicitante).

5. Devuelva la solicitud contestada a:

**Marin Access Paratransit
930 Tamalpais Ave.
San Rafael, CA 94901**

ó por FAX a:

**Travel Navigators
al teléfono**

415-256-9159

Para obtener ayuda con el proceso de solicitud o para consultar el estado actual de su solicitud, llame al 415-454-0902.

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

Información de Contacto/Personal

Nombre (de pila, segundo, apellido): _____

Dirección del hogar: _____ Depto. _____

Ciudad: _____ C.P.: _____

Dirección de correo (si es distinto a la de casa):
_____ Depto.: _____

Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono - día: (____) _____ **TDD/TTY:** (____) _____

Teléfono - noche: (____) _____ **Celular:** (____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Femenino Masculino

Idioma principal (marque): Inglés Otro (especifique) _____

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 Letra grande
 Otro

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono - día: (____) _____ Noche: (____) _____

(Opcional) Además estoy inscrito(a) en uno o más de los siguientes programas:
Medicare Medi-Cal

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

Cuéntenos acerca de su incapacidad/condición relacionada con la salud

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

1. ¿Cuál **incapacidad o cuáles condiciones relacionadas con la salud le IMPIDEN** utilizar de manera independiente el transporte público regular (por ejemplo, BART, autobús, tranvía)?

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 a 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?

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

Cuéntenos acerca de sus capacidades y actividades normales

6. ¿Utiliza usted con regularidad alguna de las ayudas de movilidad o equipo especializado que se mencionan a continuación? (*Marque todas las que apliquen*):
- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Dispositivos de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Andadera |
| <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno portátil | |
| <input type="checkbox"/> Otro dispositivo de ayuda _____ | | |
7. Por favor marque la casilla que mejor describa su situación de vivienda actual:
- Cuidado de 24 horas o centro de enfermería especializada
 - Centro para Vivir con Asistencia
 - Recibo asistencia de alguien que viene a mi casa para ayudarme con las actividades de la vida diaria.
 - Vivo con miembros de la familia u otros que me ayudan.
 - Vivo de manera independiente (sin asistencia de otra persona)
8. ¿Cuántas cuerdas puede desplazarse con su dispositivo de movilidad usual y sin la ayuda de otra persona? _____
9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones le describiría mejor si tuviese que esperar el transporte en el exterior? (*Marque 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 _____
10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones le describe mejor a usted? (*Marque 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
 - Utilizo el transporte público regular siempre que mi condición de salud lo permite

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

Cuéntenos acerca de sus necesidades de viaje

11. Actualmente, ¿cómo viaja usted a sus destinos frecuentes?

(Marque todas las que apliquen):

- Autobuses Paratransito En coche manejando yo BART
 En taxi Barcos de transbordo Tranvía Alguien me lleva en coche
 Otro _____

12. ¿Viaja usted con la ayuda de otra persona? (sin tomar en cuenta que le proporcionen transporte)

- Siempre Algunas veces Nunca

12a. Si lo hacen "siempre" o "algunas veces", ¿qué tipo de ayuda le dan?

13. ¿Es usted 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 agarrar barandales o pasamanos, monedas o boletos al abordar o bajar de un vehículo de tránsito?

- Sí No Algunas veces No sé, nunca 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 mientras está sentado(a)?

- Sí No Algunas veces No sé, nunca lo he intentado

Si no o algunas veces, explique por qué:

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

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, nunca lo he intentado

Si no o algunas veces, explique por qué:

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

¿Ha contestado todas las preguntas y proporcionado explicaciones donde se requiere?

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

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 pudiera ser necesario comunicarse con un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para usar el transporte público con el fin de ayudar a la determinación de elegibilidad.

Entiendo que la información de salud protegida proporcionada durante el proceso de solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá únicamente con los siguientes profesionales o proveedores según sea necesario para determinar la elegibilidad y proporcionar servicios de paratransito, así como para realizar tareas de control y auditoría de calidad con el fin de cumplir con las regulaciones de la ley ADA y las políticas de Marin Access: Marin Access, Marin Transit, sus representantes de elegibilidad y sus contratistas.

Firme aquí:

Firma: _____ Fecha: _____
(Solicitante/Tutor/Curador)

¿Le ayudó alguien a llenar esta forma? Sí No

Si es "sí", Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Parentesco: _____

Por favor tome en cuenta: Es su responsabilidad notificarnos si su incapacidad 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.

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

Autorización para revelar información médica

Por medio de la presente, autorizo al siguiente profesional con licencia (médico, terapeuta, trabajador(a) social, etc.) a divulgar la información solicitada sobre mi incapacidad o incapacidades a los contratistas/representantes de elegibilidad de Marin Access bajo petición. La información divulgada será utilizada únicamente para evaluar mi elegibilidad para los servicios de paratransito de Marin Access según se requiera conforme a la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, 42 U.S.C. Sección 12101 y siguientes, 104 Stat. 327.

Nombre del profesional que puede revelar mi información médica:

Dirección: _____

Nº de historial médico o de identificación, si se conoce: _____

Teléfono (____) _____

Fax _____

Firme aquí:

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a Marin Access, excepto en la medida en que ya se hayan realizado acciones en base a esta autorización.

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a “Travel Navigators” at 415-256-9159



Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente

**Vea el Formulario de Verificación Profesional
OBLIGATORIO en la página siguiente**

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

Verificación Profesional (Obligatorio)

Para el solicitante: por favor pida a un profesional que llene la siguiente página antes de enviar por correo su solicitud a Marin Access. Si la página para la firma que está inmediatamente después de esta página de instrucciones no está firmada por un profesional calificado para hacer la determinación, se le devolverá la solicitud, y la finalización de su evaluación de elegibilidad para ADA se retrasará.

DEBE devolver una solicitud llena junto con este formulario.

Para el profesional: las regulaciones de ADA establecen que las personas son elegibles para servicios de paratransito si, debido a una incapacidad o una condición médica, son psicológica o físicamente incapaces de (no que se sientan incómodos ni que hallen dificultad) utilizar de forma independiente el servicio de transporte público equipado con elevadores. La elegibilidad para paratransito de ADA no se basa en la ignorancia de una persona sobre el servicio de autobús, en la distancia hasta el servicio de autobús, en la capacidad para conducir, en la capacidad para expresarse en el idioma, ni en la edad. La información que usted proporcione, ayudará a determinar bajo qué circunstancias este solicitante pudiera ser elegible para el servicio de paratransito.

Además, en Marin Access, ofrecemos un proceso abreviado de recertificación para las personas que tienen una condición la cual es improbable que cambie con el tiempo. Esta parte de la solicitud es opcional: Si el solicitante tiene una condición que evite que viaje en el transporte público Y esta condición tiene pocas probabilidades de cambiar con el tiempo, firme dentro de la casilla en la siguiente página, llamada "Verificación de Condición Permanente". Con esta declaración en nuestros expedientes, la renovación de elegibilidad a futuro del solicitante será mucho más corta, y consistirá de un cuestionario que le hará algunas preguntas sobre sus hábitos de viaje si desea permanecer en el programa. Una vez más, esta parte de la solicitud es opcional.

Renuncia de responsabilidad - Los requerimientos de elegibilidad para paratransito pudieran cambiar en el futuro. Si esto ocurre, Marin Access se reserva el derecho de pedir a los que tienen el estado permanente que cumplan con estos nuevos requerimientos de elegibilidad a discreción de Marin Transit y el Golden Gate Highway and Transportation District.

Por favor con letra de molde

Se pueden enviar las solicitudes por fax a "Travel Navigators" at 415-256-9159

Verificación Profesional (Obligatorio)

Nombre del solicitante: _____

Por favor describa la condición médica, o la incapacidad física o cognitiva que impida al solicitante usar de forma independiente un autobús equipado con elevador ya sea en ocasiones o en todo momento:

Última fecha de contacto cara a cara con el solicitante: ____/____/____

¿Esta condición es temporal?

No Sí; si es así, por: (*marque uno*) 4 meses 6 meses 9 meses 12 meses

¿Cuál es su título profesional?: _____

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma _____ Fecha ____/____/____

Nombre con letra de molde _____ Tel (____) _____

Clínica/Agencia _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Nº de licencia/registro/certificación profesional _____ Estado _____

Verificación de la Condición Permanente

OPCIONAL

Certifico **bajo pena de perjurio** conforme a las leyes del Estado de California que soy calificado para indicar que la condición del solicitante, que le impide viajar por transporte público normal de ruta fija, **tiene pocas probabilidades de mejorar con el tiempo.**

Firma _____ Fecha ____/____/____