

Paquete de Solicitud de Paratrásito ADA

Gracias por su interés en el servicio de Paratrásito LINK de County Connection. Para su información y uso, este paquete contiene lo siguiente:

- Información sobre el servicio e instrucciones para completar su solicitud.....Páginas1-3
- Solicitud de Paratrásito ADA..... Páginas 4-11
- Formulario de Inscripción Clipper Access (opcional)..... Páginas 12-13

Este paquete de solicitud está disponible en formatos accesibles, como letra grande o grabación de audio. Para más información, comuníquese al 925-680-2138.



Solicitud Para el Servicio ADA Paratránsito

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) exige que todos los sistemas de transporte público en los Estados Unidos proporcionen un tipo especial de servicio de transporte público adaptado, conocido como “paratránsito ADA”, para aquellas personas que, debido a una discapacidad o condición médica incapacitante, no pueden usar de manera independiente el transporte público regular accesible (algunas o todas las veces).

Para utilizar el servicio de paratránsito ADA, debe estar certificado como elegible. Este paquete incluye la información y los formularios necesarios para solicitar la elegibilidad para el servicio de Paratránsito LINK de County Connection. La elegibilidad se basa en cómo una discapacidad afecta la capacidad de una persona para usar el sistema de transporte de ruta fija, no simplemente en la presencia de una discapacidad.

Para solicitar la elegibilidad, debe completar completamente la solicitud. Su solicitud se procesará dentro de los 21 días posteriores a la **recepción de la solicitud completa**. Se considera completa una solicitud cuando se ha proporcionado suficiente información para que nuestros analistas puedan tomar una determinación informada sobre su elegibilidad para el paratránsito LINK.

Después de revisar su solicitud, si necesitamos información adicional, es posible que:

- Nos comuniquemos con usted por teléfono
- Programemos una entrevista en persona o una evaluación funcional
- Consultemos con su médico, profesional de la salud u otro especialista sobre su condición y capacidades.

Si la determinación tarda más de 21 días, es posible que se le otorgue elegibilidad provisional para usar el sistema de paratránsito a partir del día 22 hasta que se tome una decisión final. Esto no aplica si no podemos completar el procesamiento de su solicitud debido a información faltante o insuficiente.

Recibirá por correo una notificación sobre la determinación de su elegibilidad.

Los solicitantes pueden ser considerados:

- Elegibles sin restricciones: puede usar el servicio de paratransito para todos los viajes
- Elegibles condicionalmente: puede usar paratransito para algunos viajes y el transporte regular para otros
- No elegibles: se determina que puede usar de manera independiente el transporte regular para todos sus viajes

Si se le certifica como elegible, podrá utilizar el servicio de paratransito ADA en toda el área de nueve condados del Área de la Bahía. Si se le considera no elegible o elegible condicionalmente y no está de acuerdo con la determinación, tiene derecho a apelar. La información sobre el proceso de apelación se incluirá con su notificación de elegibilidad.

INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

1. Por favor, IMPRIMA O ESCRIBA A MÁQUINA respuestas completas a todas las preguntas del formulario de solicitud. Sus respuestas detalladas nos ayudarán a determinar adecuadamente su elegibilidad. Asegúrese de responder TODAS las preguntas o su solicitud será considerada incompleta. Las solicitudes incompletas serán devueltas.
2. No está obligado a adjuntar páginas o información adicional. Sin embargo, puede enviar otros documentos que considere útiles para ayudarnos a entender sus limitaciones. Toda la información que proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.
3. Debe proporcionar FIRMAS en tres lugares para completar la solicitud:
 - Certificación del Solicitante (Página 10)
 - Autorización para que su médico u otro profesional libere información sobre su condición a County Connection (Página11)
 - Autorización para que County Connection divulgue el estado de su solicitud y la determinación de elegibilidad a un tercero (Página12)
4. Envíe la solicitud completa por fax o correo a:
County Connection
Atento al Departamento de Elegibilidad de LINK
2477 Arnold Industrial Way
Concord, CA 94520

Fax: 925-852-6719

Para recibir ayuda con el proceso de solicitud o para verificar el estado de su solicitud, llame al (925) 680-2138 o envíe un correo electrónico a ADALink@cccta.org.

Por favor escriba en letra de imprenta

Nombre (*primero, segundo, apellido*):

Dirección: _____ **Apt. #:** _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____

Dirección postal (*si es diferente de la anterior*):

_____ **Apto. #:** _____

Ciudad: _____ **Código postal:** _____

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

Teléfono/noche: (____) _____ **Teléfono móvil:** (____) _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ ☐ Mujer ☐ Hombre

Idioma primario (*marcar uno*): ☐ Inglés ☐ Otro (*especificar*) _____

Si necesita información en un formato accesible, por favor indique el formato que prefiera:

☐ Cinta de audio ☐ Braille ☐ Letra grande

☐ Otro _____

En caso de emergencia, ¿a quién deberíamos contactar?

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono/día: (____) _____ **Teléfono/noche:** (____) _____

Infórmenos sobre su discapacidad o condición de salud

Por favor responda detalladamente estas preguntas – su respuestas específicas nos ayudarán a poder determinar su elegibilidad.

1. ¿Cuál es su incapacidad o condiciones de salud que le **IMPEDEN** usar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona? (por ejemplo: ¿BART, autobús, tranvía)?

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

3. ¿Cuándo experimentó por primera vez las condiciones que describió anteriormente?
☐ 0-1 año atrás ☐ entre 1-5 años ☐ Mas de 5 años
4. ¿Las condiciones que describió cambian de día a día de una manera que afecta su capacidad de usar el transporte público?
☐ Si, algunos días estoy bien, otros días estoy mal. ☐ No, no cambia.
5. Las condiciones que describió son:
☐ Permanentes ☐ Temporales
Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?

Infórmenos sobre sus capacidades y actividades habituales

6. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas de movilidad o equipos especializados? (*Marque todo lo que corresponda*):
- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Bastón | ☐ Silla de ruedas eléctrica | ☐ Dispositivo de comunicación |
| ☐ Bastón blanco | ☐ Animal de servicio | ☐ Andador |
| ☐ Scooter eléctrico | ☐ Muletas | ☐ Silla de ruedas manual |
| ☐ Aparatos ortopédicos para las piernas | | |
| ☐ Tanque de oxígeno portátil | | |
| ☐ Otro tipo de aparato de movilidad _____ | | |

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

Por favor tenga en cuenta que: una silla de ruedas u otro dispositivo de movilidad no debe exceder 30" de ancho y 48" de largo cuando se mide a 2" del piso y debe pesar menos de 800 lbs. cuando está ocupado.

7. Si usas una silla de ruedas u otro dispositivo de movilidad, ¿tu dispositivo de movilidad mide más de 30 pulgadas por 48 pulgadas, medido a 2 pulgadas sobre el suelo? ☐ Si ☐ No ☐ No lo sé
8. Marque la casilla que mejor describa su situación de vivienda actual:
- | |
|---|
| ☐ Cuidado las 24-hrs o centro de enfermería especializada |
| ☐ Vivienda asistida |
| ☐ Alguien viene a mi casa para ayudarme con mis actividades cotidianas |
| ☐ Vivo con familiares que me ayudan |
| ☐ Vivo de forma independiente (sin ayuda de otra persona) |
9. ¿Cuántas cuerdas puede caminar con o sin ayuda de un aparato de movilidad y sin la ayuda de otra persona? _____

10. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor si usted tuviera que esperar afuera por un servicio de transporte? (*Marque solamente una*):
- ☐ Podría esperar solo/a de diez a quince minutos
- ☐ Podría esperar solo/a de diez a quince minutos solamente si tuviera donde sentarme y refugiarme de la intemperie
- ☐ Necesitaría que alguien me acompañara porque: _____
- _____

11. ¿Cuál de las siguientes opciones lo describe mejor? (*Marque solamente una*):
- ☐ Nunca he usado el transporte público regular
- ☐ He usado el transporte público regular pero no desde el inicio de mi discapacidad
- ☐ He usado el transporte público regular en los últimos 6 meses

Infórmenos sobre sus necesidades de transporte

12. ¿Como llega a sus destinos frecuentes? (*Marque todo lo que corresponda*):
- | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ Autobús | ☐ Paratránsito | ☐ Manejando | ☐ BART |
| ☐ Taxi | ☐ Ferry | ☐ Tranvía | ☐ Alguien me lleva |
| ☐ Otro _____ | | | |

13. ¿Necesita ayuda de un asistente de cuidado personal (PCA)? (Un PCA es alguien que provee ayuda con las actividades básicas de la vida cotidiana: vestirse, higiene personal, cargar paquetes, orientarse)

☐ Si, necesito ayuda con _____

☐ No, No necesito ayuda cuando viajo.

14. ¿Puede ir y regresar sin ayuda a la parada del transporte público más cercana a su casa?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

Si contesto no o a veces, explique por qué: _____

15. ¿Cree que podría ser capaz de agarrar manijas, pasamanos, monedas o boletos mientras sube o baja de un vehículo de transporte público?

☐ Si ☐ No ☐ A veces ☐ No sé, nunca lo he intentado

Si contesto no o a veces, explique por qué: _____

16. ¿Cree que podría mantener el equilibrio y tolerar el movimiento de un vehículo de transporte público si va sentado?

☐ Si ☐ No ☐ A veces ☐ No sé, nunca lo he intentado

Si contesto no o a veces, explique por qué: _____

17. ¿Cree que podría subir o bajar de un autobús de transporte público si tuviera un ascensor, una rampa para bajar por la parte delantera del autobús?

☐ Si ☐ No ☐ A veces ☐ No sé, nunca lo he intentado

Si contestó no o a veces, explique por qué: _____

18. County Connection ofrece referencias para capacitación gratuita a cualquier persona interesada en aprender a utilizar los autobuses de ruta fija o los trenes de BART. ¿Estaría interesado en obtener esta capacitación?

☐ Si ☐ No

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

LAS SOLICITUDES QUE ESTÉN INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.

Certificación del solicitante

Certifico que la información en esta aplicación es **verdadera y correcta**. Entiendo que falsificar información de manera fraudulenta dará como resultado la negación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito será revelada a aquellos que prestan los servicios.

Firme aquí:

Firma del solicitante _____

¿Alguien le ayudó a llenar este formulario? ☐ Si ☐ No

Si contesto si, Nombre: _____

Teléfono: (____) _____

Relación: _____

Por favor tenga en cuenta que: Es su responsabilidad avisarnos si su discapacidad mejora lo suficiente como para cambiar el estado de su elegibilidad. Si su condición mejora después de haber recibido la determinación de elegibilidad o nosotros descubrimos que usted presentó información falsa, su elegibilidad será suspendida o se le puede pedir que presente una solicitud nueva.

Autorización para obtener información médica

(Debe ser completada por el solicitante)

Por la presente autorizo al profesional acreditado mencionado a continuación (doctor, terapeuta, trabajador social, etc.) quien puede verificar mi discapacidad o condición de salud, para que comparta esta información con la agencia local de transporte público. Esta información solamente será usada para verificar mi elegibilidad para recibir servicios de paratransito. Entiendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización, y que puedo revocarla en cualquier momento.

Nombre del profesional autorizado de proporcionar mi información médica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____, **Estado:** _____, **Código postal:** _____

Teléfono # _____

Historial médico o número de identificación: _____

Firme aquí:

Firma del solicitante _____

Fecha _____

Autorización para divulgar el estado de la solicitud y determinación de elegibilidad para paratransito

(A completar por el solicitante)

Por la presente autorizo a County Connection LINK Paratransit a divulgar el estado de mi solicitud de paratransit y la determinación de elegibilidad a la siguiente persona o entidad. Entiendo que si he autorizado la divulgación de mi información sanitaria a alguien que no está legalmente obligado a mantenerla confidencial, puede que se vuelva a revelar y puede que ya no esté protegida. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento. Mi revocación debe estar por escrito, firmada por mí o en mi nombre, y entregada a County Connection.

Nombre de la persona o entidad que pueda ser notificada del estado de mi solicitud de paratransito y de la determinación de elegibilidad:

Dirección:

Ciudad: _____, **Estado:** _____,

Código postal: _____

Teléfono # _____

Firme aquí:



Firma del solicitante _____

Fecha _____



Esto concluye el formulario de solicitud LINK.

Clipper Access: anteriormente conocido como Tarjeta de Identificación con descuento Regional Transit Connection (RTC)

County Connection participa en el Programa de Clipper Access. Este programa permite que las personas con discapacidad, y quienes viajan con un asistente personal, puedan utilizar el transporte público en el Área de la Bahía a una tarifa reducida. La tarjeta de Clipper Access también funciona como una tarjeta Clipper normal: puedes añadirle dinero o pases y usarla en muchos sistemas de transporte.

Tenga en cuenta que el Programa de Clipper Access no se aplica a los servicios de paratransporte. Sin embargo, si ya tienes autorización para el paratransito en el Área de la Bahía, también puedes optar a una tarjeta de identificación Clipper Access.

Si tienes 65 años o más, deberías solicitar una tarjeta Senior Clipper en su lugar. Ofrece los mismos descuentos en tarifas y no caduca.

Para solicitar una tarjeta de identificación Clipper Access, debes visitar una agencia de transporte del Área de la Bahía para que puedas tomar una foto. Tu solicitud será revisada y, si es aprobada, tu tarjeta de Clipper Access se te enviará por correo.

Una vez que recibas tu tarjeta de Clipper Access, puedes empezar a usarla de inmediato para obtener tarifas reducidas en los sistemas de transporte participantes. Asegúrate de mostrar tu tarjeta al pagar el billete.

Si desea solicitar una tarjeta de identificación Clipper Access para usar en autobuses County Connection, BART, ferris u otros servicios de transporte público, por favor complete la solicitud adjunta e incluya una foto. También puedes acudir a la oficina de County Connection para que te tomen una foto.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte con el Departamento de Elegibilidad en el 925-680-2138.

FORMULARIO DE INCLUSIÓN VOLUNTARIA

Tarjeta de Access Card



La tarjeta de Clipper Access ofrece tarifas de descuento para personas con ciertos tipos

de discapacidad **solo en transporte público de ruta fija**, como tren, ferri o autobús, en el Área de la Bahía de San Francisco.

Esta tarjeta de descuento no es para servicios de transporte público para discapacitados (paratransit). Si se aprueban

los servicios de transporte público para discapacitados (paratransit) según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA),

usted será elegible para la tarjeta de Clipper Access. La tarjeta de Clipper Access es para pasajeros elegibles menores de 65 años,

menos que su discapacidad requiera un ayudante, lo que permite a los pasajeros mayores de 65 años permanecer en Clipper

Access.

Puede completar este formulario opcional con su solicitud de servicios de paratransit según la ADA o puede optar por solicitar la

tarjeta de Clipper Access en una fecha posterior a través de la Solicitud de elegibilidad básica de Clipper Access disponible en [la](http://la.página.de.Clipper.Access.en.511.org)

[página de Clipper Access en 511.org](http://la.página.de.Clipper.Access.en.511.org). La tarjeta Clipper Access también exige que haya una foto impresa del pasajero en la tarjeta.

El personal de Clipper Access se comunicará con usted para solicitarle una foto si no la envía junto con el formulario de solicitud.

Información del solicitante

Nombre completo (obligatorio): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (obligatoria): _____/_____/_____

Dirección: _____ N.º de
departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código
postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido (obligatorio): Correo de EE. UU. ☐

Braille (enviado por correo) ☐

Correo electrónico ☐

Lenguaje escrito preferido: Inglés ☐ Español ☐ Tagalo ☐ Chino ☐ Otro: _____

Número de teléfono preferido: Particular ☐ Celular ☐ _____ Adicional: _____

Me gustaría que se envíe mi tarjeta por correo a (obligatorio):

mi dirección que figura arriba ☐

una agencia de transporte público para recogerla ☐

(nombre de la agencia de transporte público) _____

¿Necesita tarjeta de ayudante?: Sí ☐ No ☐

Nombre de la agencia de transporte público donde se estableció la elegibilidad para los servicios de
paratransit según la ADA: _____

Doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que el fraude o la declaración errónea de los hechos me inhabilitará para recibir los beneficios del Programa de Clipper Access. También acuerdo brindar información adicional que se pueda solicitar o permitir que Clipper Access se comunice con la agencia mencionada anteriormente como parte de este proceso. Comprendo que al presentar una solicitud para el Programa de Clipper Access, también acepto el Acuerdo del titular de la tarjeta Clipper y la Política de privacidad de Clipper. Estos están disponibles en [la página de Clipper Access en 511.org](http://la.página.de.Clipper.Access.en.511.org), ClipperCard.com, y se proporcionan con su tarjeta si se aprueba su solicitud. Si se proporciona una tarjeta de ayudante, certifico que permitiré que mi ayudante use esta tarjeta solo cuando se desempeñe como mi ayudante de viaje y yo esté usando mi tarjeta de Clipper Access para pagar mi tarifa. Comprendo que cualquier uso indebido de la tarjeta de ayudante y sus beneficios derivará en la pérdida permanente del privilegio de la tarjeta de ayudante. Además, comprendo que el uso no autorizado de esta tarjeta puede constituir una evasión de tarifas y derivar en una infracción y una multa para el ayudante.

Firma (obligatoria): _____

Fecha: _____