



Solicitud de servicios de paratransito de Spec-Tran según la ADA

Spec-Tran presta servicios de transporte público de bordillo a bordillo para las personas que no pueden utilizar el sistema de autobuses con ruta fija por alguna discapacidad física o mental. Este servicio, que es prestado por la Autoridad de Transporte del Área de la Capital (CATA), está previsto únicamente para los viajes que la persona no pueda hacer mediante el sistema de autobuses con ruta fija. Al completar esta solicitud, podremos determinar cuándo y en qué circunstancias el solicitante podrá utilizar el servicio de autobuses con ruta fija y cuándo necesita el servicio de paratransito de Spec-Tran.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO:

El solicitante (o la persona que le ayude) tiene que completar todo el paquete, excepto por la sección “Verificación médica”. Un médico matriculado u otro profesional de la salud tiene que completar y firmar la página “Verificación médica”.

Se deben responder todas las preguntas. Se devolverán los formularios incompletos.

Si necesita ayuda para completar el formulario o tiene alguna duda sobre los servicios y la elegibilidad en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), comuníquese con la Red de Discapacidad del Área de la Capital (DNCAP).

Tel.: (517) 999-2760

Línea gratuita: 1 (877) 652-0403

Usuarios de TDD/TYY: 1-800-649-3777

Cuando haya completado el formulario, entréguelo en la agencia que se indica a continuación:

Red de Discapacidad del Área de la Capital
901 E. Mt Hope Ave

Lansing, MI. 48910
Fax: (517) 999-2767

Estimado(a) solicitante:

Hay dos motivos por los cuales procede el servicio de paratransito de Spec-Tran en virtud de la ADA:

1. La discapacidad no le permite utilizar el sistema de autobuses con ruta fija (es decir, subirse, estar viajando en el autobús o bajarse) con o sin ayuda de otra persona. Tenga en cuenta que los autobuses con ruta fija de la CATA cumplen con las normas de accesibilidad de la ADA y cuentan con rampas.
2. La discapacidad no le permite viajar hacia o desde una parada de autobús fija.

Si, al analizar lo anterior, considera que es elegible para utilizar el servicio de Spec-Tran en función de estos motivos, proceda con la solicitud. Si no cumple con al menos uno de estos criterios, comuníquese con la CATA llamando al (517) 394-CATA (2282) para obtener información sobre el servicio de autobuses con ruta fija.

Existen tres tipos de elegibilidad para recibir el servicio de paratransito en virtud de la ADA:

1. Incondicional: la elegibilidad procede si la discapacidad no le permite utilizar el servicio de autobuses con ruta fija para hacer cualquier viaje.
2. Condicional: la elegibilidad procede si puede utilizar los autobuses algunas veces, pero necesita los servicios de Spec-Tran en ciertos casos, por ejemplo, por mal tiempo.
3. Provisorio: la elegibilidad procede para las personas con afecciones temporales que necesitan los servicios de Spec-Tran por menos de un año.

La información que brinde sobre su discapacidad es confidencial. Las solicitudes completadas se procesarán en un plazo de 21 días después de recibidas. Si no tiene noticias nuestras en un plazo de 21 días, es elegible para utilizar Spec-Tran hasta que se procese la solicitud y se tome una decisión.

En ciertas instancias, necesitamos más información para tomar una decisión. En ese caso, nos comunicaremos con usted para programar una entrevista en

persona. Los solicitantes recibirán un aviso por escrito de la aprobación o del rechazo de la elegibilidad; en caso de rechazarla, incluiremos los motivos de la decisión. De rechazar la elegibilidad, la información incluida en el proceso de apelación se adjuntará a la determinación por escrito.

Si determinamos que es elegible para recibir los servicios de Spec-Tran, recibirá la guía del usuario de Spec-Tran y una tarjeta de identificación de la ADA por correo.

SECCIÓN 1

1. Nombre: _____ 2.

Dirección: _____

Ingrese el nombre del centro, si corresponde.

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3. Teléfono (el número más adecuado para comunicarnos con usted):
(_____) _____

4. Dirección de correo electrónico: _____

5. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

6. Sexo: Masculino Femenino

Responda las siguientes preguntas de forma detallada. Las respuestas nos ayudan a determinar su elegibilidad. Las solicitudes incompletas serán devueltas al solicitante.

7. ¿Cuál es la discapacidad que no le permite utilizar el servicio de autobuses con ruta fija de la CATA? El servicio con ruta fija es lo más conocido para la mayoría de las personas: autobuses grandes con rutas regulares en horarios fijos.

a) ¿La afección es temporal? Sí No

b) En caso afirmativo, indique la fecha estimada en que se espera que mejore:
_____/_____/_____

8. Responda las siguientes preguntas sobre la movilidad, incluso si utiliza un dispositivo para moverse:

a) ¿Puede caminar desde su casa hasta el bordillo o el borde de la carretera sin ayuda?

Sí No A veces _____

b) ¿Puede caminar una cuadra sin ayuda de otra persona?

Sí No A veces _____

c) ¿Puede caminar un cuarto de milla (dos o cuatro cuadras de la ciudad) sin ayuda de otra

persona?

Sí No A veces _____

d) ¿Puede caminar tres cuartos de milla (seis a ocho cuadras) sin ayuda de otra persona?

Sí No A veces _____

e) ¿Puede esperar afuera por 10 a 20 minutos sin ayuda de otra persona?

Sí No A veces _____

f) ¿Puede caminar hasta la parada del autobús?

Sí No: marque las opciones que correspondan:

No puedo encontrar la parada porque me confundo.

No puedo caminar hasta la parada de autobús sin ayuda de otra persona.

No puedo cruzar la calle.

Me es imposible llegar hasta allí si llueve o nieva mucho.

Otro: _____

9. Responda las siguientes preguntas sobre sus capacidades:

a) ¿Puede brindar su dirección, su destino y su número de teléfono si se lo piden?

Sí No A veces _____

b) ¿Puede reconocer el destino o algún punto de referencia?

Sí No A veces _____

c) ¿Puede pedir, entender y seguir indicaciones?

Sí No A veces _____

d) ¿Utiliza un dispositivo de comunicación?

Sí No En caso afirmativo, indique cuál:

**10. ¿De qué manera su discapacidad o afección no le permite utilizar autobuses con ruta fija?
Responda con la mayor especificidad posible (brinde información adicional, de ser necesario).**

11. ¿Cómo se traslada actualmente hasta los destinos frecuentes? (Marque las opciones que

correspondan):

- Conduzco Alguien me lleva Autobuses con ruta fija de la CATA Taxi
 Otro (indique cuál): _____

12. ¿Alguna vez utilizó los autobuses con ruta fija de la CATA?

- Sí No: explique el motivo:

13. ¿Puede utilizar actualmente los autobuses con ruta fija de la CATA para trasladarse?

- Sí No No lo sé: explique el motivo:

14. Si tuviera la capacitación y la práctica apropiadas, ¿podría utilizar el servicio de autobuses con ruta fija de la CATA?

- Sí No A veces: explique el motivo:

SECCIÓN 2

1. Cuando viaja, ¿necesita que otra persona le ayude?

- Siempre A veces Nunca

2. ¿Qué tipo de ayuda necesita cuando viaja? (Marque las opciones que correspondan).

- Trasládarme desde el autobús hasta mi destino Comunicación
 Medicamentos o equipos Bajarme del dispositivo de movilidad
 Otro: _____

Si necesita que alguien le ayude, esa persona, llamada asistente de cuidado personal (PCA), puede utilizar el servicio de paratransito sin costo alguno. El PCA debe subirse y bajarse del autobús en los mismos lugares que el usuario de Spec-Tran.

3. ¿Cuál de las siguientes asistencias de movilidad utiliza? (Marque las opciones que correspondan).

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Motoneta eléctrica | <input type="checkbox"/> Oxígeno | |

4. Si utiliza una silla de ruedas extra grande o una motoneta eléctrica, indique la siguiente información:

Marca y modelo _____ Tamaño del dispositivo: Largo _____ Ancho _____

¿El peso total de la silla de ruedas o la motoneta junto con usted exceden las 800 libras?

- Sí
 No

Observación: Spec-Tran hará todos lo posible para cargar el dispositivo de movilidad siempre que sea seguro.

Indique el nombre de dos personas a las que podamos contactar ante una emergencia:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

Indique si necesita que le envíen la información o el material en algunos de los siguientes formatos (marque las opciones que correspondan):

- Letra imprenta grande Audio Otro: _____

Proceda con la sección Declaración de certificación y autorización para la divulgación de información médica.

Declaración de certificación y autorización para la divulgación de información médica (solicitante)

Entiendo que el objetivo de este formulario de evaluación es determinar si, algunas veces, no puedo utilizar el servicio de autobuses con ruta fija de la CATA y debo utilizar el servicio de paratransito de Spec-Tran. Entiendo que la información sobre mi discapacidad incluida en la solicitud será confidencial y se compartirá únicamente con los profesionales que evalúen mi elegibilidad. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información incluida en este formulario de evaluación es veraz y

correcta. Entiendo que se podrá reevaluar mi elegibilidad si brindo información falsa o engañosa.

Por la presente, autorizo al profesional mencionado en la página “Verificación médica” a brindar la información necesaria a la CATA o la Red de Discapacidad del Área de la Capital (DNCAP). Certifico que la información incluida en esta página y las páginas posteriores es correcta.

Si otra persona, distinta de quien solicita la certificación, completó la solicitud, esa persona debe indicar la siguiente información:

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono para llamar durante el día _____

Firma del solicitante o del representante autorizado (necesario)

_____ Fecha _____

Envíe la solicitud COMPLETADA por correo o fax a:

**Red de Discapacidad del Área de la Capital
901 E. Mt Hope Ave
Lansing, MI. 48910
517-999-2767 (fax)**

Aquí finaliza la parte del formulario que debe completar el solicitante o su representante. La última sección (en la siguiente página) debe completarla y firmarla un médico matriculado u otro profesional de la salud.

VERIFICACIÓN MÉDICA: a completar por un médico matriculado u otro profesional de la salud matriculado.

El servicio de paratransito de Spec-Tran, prestado por la Autoridad de Transporte del Área de la Capital (CATA), brinda servicios de transporte público de bordillo a bordillo para las personas que no pueden utilizar los autobuses con ruta fija a raíz de una discapacidad. La persona que necesita que revise y firme este formulario solicita que se le declare elegible para recibir los servicios. El servicio de paratransito de Spec-Tran está previsto únicamente para los viajes que la persona no pueda hacer mediante el sistema de autobuses con ruta fija.

El objetivo de la solicitud es determinar **cuándo y en qué circunstancias el solicitante podrá utilizar los autobuses con ruta fija de la CATA y cuándo necesita el servicio de paratransito de Spec-Tran.**

Revise con atención la información brindada por el solicitante y responda las preguntas a continuación.

a) Explique la afección física o cognitiva que no permite que el solicitante utilice el servicio de autobuses normales de la CATA (tenga en cuenta que los autobuses de la CATA están equipados con rampas para silla de ruedas).

b) A su leal saber y entender, ¿la información brindada por el solicitante es veraz y correcta?

Sí No: indique los motivos a continuación:

Nombre y ocupación (en letra imprenta):

Firma: _____ Fecha _____ / _____ / _____

Nombre comercial:

Dirección: _____

Ciudad / Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: () - Fax: () -