



Solicitud de Paratránsito para Individuos con Discapacidades (ADA)

Favor de mandar su solicitud completa por correo, fax o correo electrónico
a:

Michiana Area Council of Governments (MACOG)
227 W. Jefferson Blvd.
1120 County-City Building
South Bend, IN 46601

Teléfono: (574) 674-8894
Fax: (574) 239-4072
Correo electrónico: macogdir@macog.com

Perspectiva General

El propósito de esta solicitud es brindarle la oportunidad de describir cómo su discapacidad le impide viajar en el sistema de Trolebús Interurbano.

Si tiene dificultades para responder cualquier pregunta sobre la solicitud o si necesita ayuda para completar este formulario, llame a MACOG al (574) 674-8894. Favor de completar esta solicitud lo más que sea posible. Tenga en cuenta que la solicitud está impresa en ambos lados de cada página. En cuanto más información sea precisa y proporcionada, mejor podrá MACOG comprender tus habilidades y desafíos para movilizarse. Si una pregunta no aplica a usted, escriba "No aplicable" o "N/A".

La información contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y solo se compartirá con los profesionales involucrados en la evaluación de su elegibilidad para MACOG u otros individuos designados en la Certificación de su Solicitud y aquellos con una formulario firmado de Autorización para Divulgar Información Médica.

MACOG le enviará una determinación de elegibilidad por correo dentro de 21 días después de la fecha que MACOG reciba su solicitud.

Proceso de Apelación

Aquellas personas a las cuales su solicitud no haiga sido elegible para beneficios pueden apelar esta decisión por escrito dentro de 60 días empezando en la fecha marcada en su carta de determinación. Mande su apelación a:

Michiana Area Council of Governments (MACOG)
227 W. Jefferson Blvd.
1120 County-City Building
South Bend, IN 46601

El Comité Asesor de Tránsito de Elkhart/Goshen revisará la documentación de elegibilidad y tomará una decisión final sobre su estado de elegibilidad. Esta revisión concluirá dentro de veintiún días de trabajo a partir de la fecha en que se recibió su apelación. El individuo que presente una apelación tiene el derecho de estar presente durante esta revisión.

PARTE A - Información Personal

Favor de imprimir:

Apellido

Nombre

Segundo Nombre

Domicilio:

Domicilio

Cuidad

Código Postal

Dirección Postal (si esta es diferente a su domicilio particular) :

Domicilio

Cuidad

Código Postal

Información de Contacto:

Teléfono durante el
día

Teléfono durante
la tarde

Móvil

Fax

Correo
Electrónico

Información Personal (Opcional):

Masculino

Femenino

Fecha de
Nacimiento:

/

/

Mes Día Año

Contacto de Emergencia:

Nombre

Relación

Teléfono durante
el día

Teléfono durante
la tarde

Móvil

PARTE B –Certificación de Servicio de Paratransito

Responda las siguientes preguntas en detalle – sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad

Información sobre su Discapacidad o Condición Medica

1. Favor de describir específicamente su discapacidad(es) o condición(es) medica(s) que le **PREVIENEN** que use el sistema de transporte publico de Trolebús Interurbano.

2. Explique brevemente **CÓMO** su discapacidad(es) o condición(es) medica(s) impiden usar el sistema de transporte publico de Trolebús Interurbano.

3. ¿Las condiciones que usted describe cambian día a día de una manera que afecten su capacidad de usar el transporte público?

Sí, bueno en algunos días, malo en otros.

No, no cambia.

No se

4. Las condiciones que describe son:

Permanentes

Temporales

No se

Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que le afecten esta(s) condición(es)?

PARTE B –Certificación de Servicio de Paratransito

5. ¿Su(s) discapacidad(es) o condición(es) medica(s) le impiden entender los horarios de los autobuses, pagar por tarifas, transferir autobuses o cuándo saber subir o bajar del autobús?

Sí, explique No

6. ¿ Su(s) discapacidad(es) o condición(es) medica(s) le impiden ver fácilmente escalones y banquetas, nombres de ruta en autobuses, o señales de parada del trolebús?

Sí, explique No

Información de Movilidad

1. ¿Utiliza algún equipo o ayuda de movilidad aquí escrito?

(Marque todo lo que utiliza)

<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Motorizada	<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual
<input type="checkbox"/> Bastón Blanco	<input type="checkbox"/> Animal de Servicio	<input type="checkbox"/> Dispositivo de Comunicación
<input type="checkbox"/> Escúter Eléctrico	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Andadera
<input type="checkbox"/> Abrazaderas de pierna	<input type="checkbox"/> Prótesis	<input type="checkbox"/> Tanque de Oxigeno portátil
<input type="checkbox"/> Algún otro equipo:	_____	

PARTE B –Certificación de Servicio de Paratrásito

Requerido para todos los usuarios de sillas de ruedas:

Altura de la silla de ruedas: _____

Ancho de la silla de ruedas: _____

Peso de la silla de ruedas: _____

Peso combinado del solicitante y la silla de
ruedas: _____

2. ¿Se moviliza con la ayuda de otra persona?

Siempre A veces Nunca

Si siempre o a veces, ¿qué tipo de ayuda le brindan?

3. ¿Puede moverse tres cuadras con su equipo/ayuda de movilidad habitual y sin ayuda de otra persona?

Sí No, explique

4. ¿Puede esperar afuera sin estar sentado o bajo refugio durante 10 minutos, si hay buen clima?

Sí No, explique

5. ¿Se puede comunicar con el chofer de autobús con o sin ayuda (tales como un tablero de imágenes o tarjetas de identificación de ruta)?

Sí No, explique

PARTE B –Certificación de Servicio de Paratránsito

6. ¿Puede subir o bajar una banqueta con inclinación gradual, si el clima es bueno?

Sí No, explique

7. ¿Puedes cruzar la calle si hay rampas en la banqueta?

Sí No, explique

8. ¿Usted usa el sistema de transporte publico del Trolebús Interurbano?

- Sí, regularmente
 Sí, ocasionalmente
 No, nunca he usado el Trolebús Interurbano
 No, no lo he usado desde que empezó mi discapacidad

9. ¿Es usted capaz de ir y regresar a la parada de camiones más cercana de su casa?

Sí No A veces No se, nunca lo he tratado

Si respondió no o a veces, explique:

10. ¿Es usted capaz de agarrar las manijas, agarraderas, monedas o boletos al entrar y salir de un vehículo de transporte publico?

Sí No A veces No se, nunca lo he tratado

Si respondió no o a veces, explique:

PARTE B –Certificación de Servicio de Paratransito

11. ¿Puede mantener el equilibrio y tolerar el movimiento de un vehículo de transporte público cuando está sentado?

Sí No A veces No se, nunca lo he tratado

Si respondió no o a veces, explique:

12. Todos nuestros autobuses son de piso bajo, lo que significa que no hay escaleras para montar al autobús. ¿Sería capaz de montarse o bajarse de un autobús de transporte público con este piso bajo, que tenga una rampa y un arrodillador que baja la parte delantera del autobús?

Sí No A veces No se, nunca lo he tratado

Si respondió no o a veces, explique:

13. Favor de agregar cualquier otra información que desee compartir para informarnos sobre su(s) discapacidad(es) o condición(es) medica(s) y cómo afecta su capacidad para movilizarse.

Certificación de Solicitud

I Certifico que he dicho la verdad al responder este formulario y que la información que he proporcionado es correcta. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para usar el sistema de paratransito. Entiendo que falsificar la información a sabiendas dará como resultado la negación de este servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito será divulgada a quienes presten estos servicios.

Entiendo que se tomará una determinación de elegibilidad dentro de 21 días después de la fecha en que MACOG reciba mi solicitud. Entiendo que si mi solicitud no es elegible, puedo apelar dicha determinación dentro de 60 días y que se me informará sobre los procedimientos para dicha apelación.

Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis habilidades funcionales para usar el transporte público para ayudar en la determinación de elegibilidad.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

¿Alguien le ayudó a completar esta solicitud? Sí No

Quien le ayudó,
Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación al solicitante: _____

Domicilio _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono durante el día: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PARTE C - Verificación Profesional de Servicios Sociales y de Salud

Para que MACOG pueda evaluar su solicitud, puede ser necesario que se contacte a un profesional para confirmar la información que ha proporcionado o para responder cualquier pregunta adicional sobre su(s) capacidad(es) funcionales para moverse en el transporte público. Identifique a una persona que pueda documentar su(s) discapacidad(es) al completar la siguiente información y formulario de autorización.

El siguiente profesional está **muy familiarizado con mi(s) discapacidad(es) y mis habilidades funcionales para moverme en el transporte público** :

Nombre y Apellido del Profesional

Domicilio

Ciudad

Código Postal

Teléfono

Fax

Correo Electrónico

Marque todas las casillas necesarias para identificar su relación profesional:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Especialista en vida independiente | <input type="checkbox"/> medico |
| <input type="checkbox"/> Quiropráctico | <input type="checkbox"/> Asistente medico |
| <input type="checkbox"/> Consejero de salud mental | <input type="checkbox"/> Sicólogo o siquiatra |
| <input type="checkbox"/> Enfermera(o) de Practica Avanzada | <input type="checkbox"/> Enfermera(o) registrada(o) |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional o Físico | <input type="checkbox"/> Consejero de Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Oftalmólogo(a) u Optometrista | <input type="checkbox"/> Trabajador(a) Social |
| <input type="checkbox"/> Especialista en Orientación y Movilidad | <input type="checkbox"/> Consejero de Rehabilitación Vocacional |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Autorizo la divulgación de información requerida a MACOG para su certificación.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

PARTE C - Verificación Profesional de Servicios Sociales y de Salud



Solicitud de Paratrásito para Individuos con Discapacidades (ADA)

Estimado profesional:

Su cliente/paciente solicita elegibilidad para el servicio en el sistema de Trolebús Interurbano bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Su relación profesional con este solicitante lo califica de manera única para ayudarlo a aclarar sus capacidades y limitaciones funcionales. Estas guías pueden ayudarlo a comprender el tipo de información que necesitamos para determinar la elegibilidad del solicitante para el uso de paratrásito.

La elegibilidad de Paratrásito para Individuos con Discapacidades (ADA) se basa no solo en la presencia de una discapacidad, sino en el efecto que la discapacidad tiene en la capacidad de la persona de usar el servicio en una ruta fija. La determinación de elegibilidad se centra únicamente en:

- **La capacidad funcional** para realizar de forma independiente las tareas necesarias para el uso de autobuses incluyendo: ir y venir de la parada de autobús, subir al autobús, el viajar en el autobús, y la comprensión de cómo navegar el sistema en una variedad de ambientes. Un diagnóstico por sí solo no califica a un individuo para la elegibilidad del servicio de paratrásito.
- Si se le **impide** o **no** al individuo realizar estas tareas, en lugar de que la tarea sea más inconveniente o difícil.
- Si el individuo puede realizar estas tareas todo el tiempo, solo bajo ciertas circunstancias, o si la discapacidad siempre evitaría que el individuo realice estas tareas.

Tenga en cuenta que todos los autobuses de ruta fija están equipados con ascensores o rampas. Los autobuses de ruta fija ofrecen características de accesibilidad como asientos prioritarios para personas mayores e individuos con discapacidades, amarres seguros para sillas de ruedas, etc.

La información que proporcione junto con la información del solicitante nos permitirá tomar una determinación adecuada de elegibilidad. Toda la información se mantendrá confidencial.

Gracias por su asistencia. Si tiene alguna pregunta, no dude en **llamarnos al (574) 674-8894**.

PARTE C - Verificación Profesional de Servicios Sociales y de Salud

DEBE SER LLENADO SOLO POR UN PROFESIONAL DE SALUD/SERVICIO SOCIAL

Nombre del
Solicitante: _____

Fecha de
Nacimiento: _____

1. ¿En qué capacidad conoce al solicitante?

2. ¿Cuánto hace que conoce al solicitante?

3. ¿Cuándo fue la última cita que usted o su agencia tuvo con el solicitante?

4. Favor de describir la naturaleza de la(s) discapacidad(es) o condición(es) medica(s) relacionada(s) que **PREVIENEN** el solicitante utilizar el sistema de transporte público de Trolebús Interurbano:

5. Explique brevemente **CÓMO** la condición del solicitante le impide usar el sistema de transporte público Trolebús Interurbano.

6. Las condiciones del solicitante descritas anteriormente son:

Permanentes Temporales

Si son temporales ¿cuánto tiempo espera que continúen estas condiciones?

7. ¿La discapacidad o el estado de salud del solicitante cambian de vez en cuando en formas que afecten su movilidad?

Sí No

Si marco sí, explique:

PARTE C - Verificación Profesional de Servicios Sociales y de Salud

8. Si la discapacidad del solicitante afecta sus habilidades cognitivas, responda lo siguiente preguntas:

¿Puede el solicitante:

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| Dar su número de teléfono cuando se lo piden? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Reconocer puntos de referencia y/o destinos? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Pedir y seguir direcciones? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Movilizarse con seguridad en la comunidad? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Resolver problemas en situaciones inesperadas? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Comunicar sus necesidades claramente? | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |

9. ¿Utiliza el solicitante algún tipo de ayuda/equipo para la movilidad?

- Sí No

Si marco sí, que clase de ayuda/equipo usa:

10. ¿El solicitante tiene que viajar con un asistente de cuidado personal?

- Sí No A veces

Si marco sí o a veces, explique:

11. Si este solicitante actualmente está tomando medicamentos, ¿los efectos secundarios de estos reducen o dificultan significativamente su capacidad de navegar de manera independiente el sistema accesible del Trolebús Interurbano?

- Sí No

Si marco sí, explique:

12. ¿Las temperaturas extremas afectarían la capacidad de el solicitante para viajar en el sistema accesible del Trolebús Interurbano?

- Sí No

Si marco sí, explique:

PARTE C - Verificación Profesional de Servicios Sociales y de Salud

13. En su opinión profesional ¿qué otros factores relacionados con la discapacidad del solicitante afecta su habilidad para usar el sistema de transporte público de Trolebús Interurbano?

He revisado toda la información contenida en esta solicitud y por la presente certifico que toda la información es verdadera y correcta al mejor de mi saber y entendimiento.

Su nombre: _____ Título: _____

Agencia o Clínica: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Favor de mandar su solicitud completa por correo, fax o correo electrónico a:

Michiana Area Council of Governments (MACOG)
227 W. Jefferson Blvd.
1120 County-City Building
South Bend, IN 46601

Teléfono: (574) 674-8894

Fax: (574) 239-4072

Correo electrónico: macogdir@macog.com