

Solicitud para la Certificación de Elegibilidad de los Servicios de Paratransito de la Ley ADA

La Ley de Americanos con Impedimento de 1990 (ADA) es la normativa federal que prohíbe la discriminación contra las personas con impedimento. Uno de los principios de la Ley ADA es asegurar que todos los individuos tengan un acceso igualitario al transporte público. A fin de garantizar este acceso, los vehículos e instalaciones para el transporte público deben ser plenamente accesibles y utilizables para las personas con limitaciones. Para aquellas personas quienes, debido a una limitación física o mental (incluyendo inmovilidad o privación de las facultades mentales), estén imposibilitadas para utilizar en forma independiente los autobuses de transporte regular de rutas fijas, se deberá ofrecer la disponibilidad de servicios de Paratransito.

Si usted considera que tiene una limitación (incluyendo inmovilidad o privación de las facultades mentales), que le impida utilizar de forma independiente las instalaciones y/o vehículos de transporte público de rutas fijas, llene esta solicitud y devuélvala a la Oficina del SITRAC ubicada en el segundo piso de la Alcaldía del Municipio de Carolina. Las preguntas que aparecen en esta solicitud están diseñadas para asistirle en la determinación de sus habilidades funcionales.

Su solicitud será revisada y en un plazo de 21 días se tomará una resolución sobre sus derechos a los servicios de Paratransito. Puede determinarse que usted tiene derecho a los servicios de Paratransito para todas sus necesidades de transporte; puede tener derecho (en base a su capacidad) a ciertos derechos y no a otros, o bien puede determinarse que usted es apto para utilizar las instalaciones y vehículos de la ruta fija. Si usted no está de acuerdo con la resolución tomada sobre sus derechos, puede apelar la decisión. Es posible que durante la revisión de su solicitud se le pida que proporcione información adicional. Esto puede incluir contactar a un profesional acreditado que este familiarizado con su capacidad funcional, una entrevista por teléfono o en persona, o una evaluación funcional física o mental.

Toda información relativa al proceso de certificación y del servicio de Paratransito estará disponible en la Oficina del SITRAC ubicada en el segundo piso de la Alcaldía del Municipio de Carolina sujeto a solicitud.

Toda información solicitada durante el proceso de certificación será estrictamente confidencial.

Es importante llenar todas las partes de la solicitud, favor de imprimir o usar letra de molde. Las solicitudes inconclusas o no escritas con claridad serán devueltas, lo cual provocará demoras en el proceso de determinación de sus derechos.

PARTE 1. Información General

Nombre: _____ Inicial: _____

Apellido: _____ Sexo: ____ M ____ F

Dirección Residencial: _____ No. Apt. o Residencia: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____

Dirección Postal (Si es distinta a la anterior) _____ No. Apt. o Residencia: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____

Teléfono residencial o celular – Diurno: (____) _____

Fecha de Nacimiento: Día Mes Año

¿Necesita esta solicitud y la información escrita futura en un formato accesible a personas con limitaciones? _____ Si _____ No

Si la respuesta es "SI" ¿Qué formato prefiere?

_____ CD _____ Audio Cinta _____ Braille _____ Letra Grande _____ Otro

Si recibió asistencia para llenar esta forma, favor de indicar quien:

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono o Celular: (____) _____

Favor de proporcionar el nombre y teléfono de algún amigo o pariente con quien comunicarnos si no le podemos localizar a usted en su teléfono regular

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono o Celular: _____

¿Es usted beneficiario de Medicaid? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, indique su número de afiliación a Medicaid _____

PARTE 2. Favor de contestar detalladamente las siguientes pregunta. Sus respuestas específicas nos ayudaran a determinar qué derechos le corresponden.

1. Descripción de limitación o condición de salud:

- a.** ¿En qué consiste la limitación o condición de salud que le impide utilizar el transporte público?

- b.** Explique CÓMO es que su limitación o condición de salud le impide utilizar independientemente los servicios de transporte público (SITRAC).

- c.** Las condiciones descritas arriba ¿son permanentes _____ o temporales_____? (Seleccione una.) Si son temporales, ¿Cuánto tiempo estima que durara esta condición?

2. ¿Cómo se transporta actualmente a sus destinos más frecuentes? Marque todas las que correspondan.

_____ Autobuses Públicos

_____ Paratransito

_____ Alguien me lleva

_____ Taxi

_____ Yo conduzco

_____ Otro: _____

5. ¿Puede usted identificar la parada de transporte público correcta?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

6. ¿Puede usted identificar el vehículo de transporte público correcto?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

7. ¿Puede usted llegar hasta y desde la parada de transporte público más cercana?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

Anote cuentas cuadras puede recorrer en forma independiente: _____

8. ¿Puede usted esperar al menos 15 minutos en una parada de transporte público?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

¿Podría esperar más de 15 minutos? _____ Si _____ No _____ A veces

Si la respuesta es "Si" ¿Cuánto tiempo? _____ Minutos

Podría esperar si hubiese un lugar para sentarse o una casera de descanso?

_____ Si _____ No _____ A veces

9. ¿Puede usted subir o bajar de un vehículo de transporte público sin que le asistan?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

10. ¿Puede usted subir o bajar de un vehículo de transporte público si cuenta con una rampa de ascenso o si el frente del autobús es más bajo?

_____ Si _____ No _____ A veces _____ No sé; nunca lo he intentado

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

11. ¿Puede usted sujetar las manijas o pasamanos, monedas o boletos al abordar o descender de un vehículo de transporte?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

12. ¿Puede usted mantener el equilibrio y tolerar el movimiento del vehículo de transporte público al estar sentado?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió "No" o "A veces" explique por qué:

13. ¿Alguna vez ha recibido capacitación o instrucciones para aprender cómo utilizar el autobús de transporte público?

_____ Si _____ No

Si seleccionó "Sí" ¿Dónde y cuánto recibió la capacitación?

14. ¿Está equipado con acceso para personas con impedimentos el transporte público que usted utiliza?

_____ Si _____ No _____ A veces _____ No sé, nunca lo he comprobado

Si respondió "No" o "A veces" explique porqué:

15. ¿Utiliza usted cualquiera de los siguientes auxiliares de movimiento o equipo especializados?

Marque todos los que correspondan:

_____ Silla de Ruedas Manual*

_____ Bastón

_____ Silla Eléctrica*

_____ Bastón Blanco

_____ Motoneta*

_____ Prótesis

_____ Tabla de Comunicación

_____ Aparato Ortopédico

_____ Aparato de Respiración (Oxígeno Portátil O2)

_____ Muletas

_____ Perro para invidente/Animal de Servicio

_____ Identificación Personal

_____ Andador

_____ Tarjetas para Memoria

_____ Otros: _____

*Dimensiones de Silla de Ruedas

_____ Largo

_____ Ancho

(Favor de proporcionar el largo y ancho 2 pulgadas arriba del suelo incluyendo los descansos para pies. Estas dimensiones son necesarias para cumplir con los requisitos de implementación de la Ley ADA)

- 16.** ¿Le acompaña un Asistente de Cuidado Personal (PCA) y/o un animal de servicio cuando sale usted de su hogar? **Nota:** Un PCA es alguien designado o empleado por una persona con limitación para asistir a dicha persona en sus necesidades personales y/o facilitar la travesía durante algún viaje específico. Un animal de servicio esta adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota.

_____ Si _____ No _____ A veces

Si la respuesta es "Si" o "A veces", favor de proporcionar el nombre del PCA y/o el tipo de animal de servicio:

- 17.** ¿Utiliza actualmente servicios de Paratransito? (Favor de seleccionar una opción)

_____ Si _____ No _____ A veces

Si la respuesta es "Si" o "A veces", ¿Cuándo utiliza el servicio de Paratransito?

Favor de proporcionar el nombre del proveedor del servicio de Paratransito:

PARTE 3. FIRMA

Favor de llenar el recuadro a menos de que usted sea menor de edad o tenga un tutor legal, en cuyo caso el padre o tutor legal debe llenar el recuadro B.

1. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el falseamiento de la información puede tener como consecuencia la negación del servicio. Entiendo que toda la información es estrictamente confidencial, y que solamente se revelara la información necesaria para brindar los servicios a quienes presten dichos servicios. Entiendo que podría ser necesario contactar a algún profesional familiarizado con mi limitación funcional para usar el servicio de transportación pública paratransito, a fin de asistir durante la determinación de la elegibilidad de derechos.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

2. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el Solicitante tiene derecho a utilizar los servicios de paratransito conforme a la Ley ADA. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el falseamiento de la información puede tener como consecuencia la negación del servicio, así como sanciones conforme a la ley. Convengo en notificar al Gobierno Municipal Autónomo de Carolina y/o a la Oficina del SITRAC si el Solicitante deja de necesitar y utilizar los servicios de paratransito conforme a la Ley ADA. Doy mi consentimiento para la entrevista con el Solicitante y la evaluación funcional de su capacidad para viajar y las limitaciones que determinen la elegibilidad para los derechos de paratransito que correspondan conforme a la Ley ADA. Me doy por enterado que puedo estar presente durante la entrevista y cualquier evaluación funcional, y declaro que: *(Seleccione uno de los siguientes)*

_____ Estaré presente

_____ Designo a _____ para que esté presente en mi representación

_____ Renuncio a mi derecho a estar presente y no designo a otra persona para que me represente.

Firma del Padre o Tutor Legal _____

Fecha: _____

**AUTORIZACION PARA ENTREGA DE REGISTROS MEDICOS
(Debe ser llenado por el Solicitante)**

La verificación del impedimento por un profesional acreditado no garantiza la elegibilidad para el derecho de servicios de transporte de paratransito, pero sí puede representar un muy importante papel en el proceso de determinación de dichos derechos. Aunque no es un requisito la verificación por un médico, es importante que cualquier profesional que verifique la limitación del individuo esté familiarizado no sólo con la limitación específica de la persona, sino también con su imposibilidad para viajar en el sistema regular de autobuses de SITRAC.

Declaración de Entrega

Yo, el suscrito, entiendo que la información médica solicitada es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o dependencia. Por medio de la presente autorizo que los profesionales abajo listados entreguen al Gobierno Municipal Autónomo de Carolina y/o a la Oficina del SITRAC cualquiera de los registros y/o información médica para el único fin de determinar mi elegibilidad para los derechos a los servicios de paratransito.

Profesionales Acreditados

Nota: Sólo los siguientes profesionistas acreditados están autorizados a verificar su limitación: Trabajadores Sociales Clínicos, Especialista Independiente de Vida, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatras, Médicos Acreditados, Terapeuta Físico (PT), Terapeuta Ocupacional (OTR), Asesor de Rehabilitación Certificado (CRC), Especialista de Orientación y Movilidad (O&M), Especialista en Audición, Oftalmólogo, Psicólogo y Enfermeras Certificadas.

Nombre del Profesional: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Países: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Oficina: _____

Nombre del Solicitante (use letra de molde): _____

Firma del Solicitante (es necesaria): _____

Fecha: _____ (día) _____ (mes) _____ (año)

Solicitante *DETÉNGASE Aquí,*
¡Un Profesional acreditado debe llenar las siguientes páginas!

PARTE 4: Verificación de Incapacidad para Recibir Servicios de Transporte Paratransito.
Esta sección debe ser llenada por un PROFESIONAL ACREDITADO. Favor de usar letra de molde.

Estimado Profesional:

La persona que le hace entrega de este folleto ha indicado que usted puede proporcionar información relativa a su limitación y el impacto de esta en su habilidad para utilizar los servicios de transporte público. La Ley de Americanos con discapacidades de 1990 obliga al Gobierno Municipal Autónomo de Carolina y a su Oficina del SITRAC a ofrecer transporte de respuesta a la demanda a las personas quienes debido a su limitación, no pueden utilizar el sistema regular de guaguas.

La Ley de Americanos con Discapacidades establece las siguientes tres categorías:

Categoría 1: *Elegibles sin Restricción*

Personas que debido a su impedimento no pueden usar el servicio de Ruta Fija, abordar, viajar y/o descender por su cuenta de un vehículo con acceso para personas con impedimentos.

Categoría 2: *Elegibles Condicionales*

Personas que pueden utilizar el servicio de Ruta Fija para algunos de sus viajes y cualificar para el servicio ADA Paratransito para otros viajes cuando su impedimento o las barreras ambientales o arquitectónicas impidan el uso de la Ruta Fija.

Categoría 2: *Elegibles Temporeros*

Personas que tienen un impedimento o condición de salud que temporalmente le impide usar el servicio de Ruta Fija.

La información que usted proporcione, conforme a la **autorización de la página anterior** del presente folleto, nos permitirá realizar la adecuada evaluación de esta solicitud y su aplicabilidad a las peticiones de viajes específicos.

La verificación de la limitación es obligatoria para todos los solicitantes del servicio de transporte que da respuesta a la demanda. Aunque la verificación por un médico no es requerida, cualquier profesional que verifique la limitación de un individuo debe contar con conocimientos detallados de primera mano de la limitación de dicha persona, así como también la capacitación y credenciales necesarios para dicha evaluación.

Gracias por su colaboración.

Favor de describir su estatus profesional (Ej. Médico Certificado, Terapeuta Físico, Terapeuta Ocupacional, etc.) y sus métodos para evaluar la limitación del solicitante.

Favor de describir las condiciones actuales que limitan al solicitante.

¿Es temporal la condición o limitación del solicitante? Sí _____ No _____

Si la respuesta es Sí, para cuándo se espera la recuperación? Indique Fecha: _____ #Meses _____

¿Ha recibido el solicitante alguna capacitación para aprender a usar el sistema regular de guaguas?

Si _____ No _____ No Sabe _____

La capacitación la proporcionó (Nombre de la Organización o Agencia)

LIMITACIÓN FÍSICA

¿Qué tan lejos puede desplazarse el solicitante sin la ayuda de otra persona, con o sin algún equipo auxiliar del movimiento?

Más de 200 ft. Menos de 200 ft. Dos Cuadras
 1/4 de Milla (3 cuadras) 1/2 Milla (6 cuadras) 3/4 de Milla (9 cuadras)
 Más de 3/4 de Milla Otro:

¿Puede el solicitante subir tres escalones de 12 pulgadas, usando pasamanos sin la asistencia de otra persona?

Si _____ No _____ No Sabe _____

Requiere el solicitante ayuda especial y/o equipo auxiliar del movimiento? Favor de describir.

¿Incluyendo su equipo auxiliar de movimiento pesa el solicitante más de 600 libras?

Si _____ No _____ Peso _____

¿Puede el solicitante viajar en la guagua regular del SITRAC (ruta fija), o si es necesario, en una guagua de SITRAC con facilidades para silla de ruedas? Favor de describir

Si el solicitante se cae, ¿Puede volver a levantarse sin ayuda?

Si _____ No _____ A veces _____

¿Puede el solicitante sortear el tráfico en forma segura e independiente?

Si _____ No _____ A veces _____

LIMITACIÓN VISUAL

Si el solicitante sufre limitación visual, favor de proporcionar su nivel de agudeza visual con la máxima corrección de anteojos:

Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____

Campos Visuales

Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____

LIMITACIÓN MENTAL

¿Puede el solicitante decir siempre su nombre, dirección y teléfonos de casa y de emergencia cuando se le pregunta?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

¿Puede el solicitante reconocer alguna señal o particularidad de su destino o sitio especial?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

¿Puede el solicitante lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en su rutina?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

¿Puede el solicitante preguntar, entender y seguir direcciones?

Sí _____ **No** _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

¿Puede el solicitante desplazarse en forma segura y efectiva a través de multitudes y/o edificios complejos?

Sí _____

No _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

¿Puede el solicitante cruzar calles en forma segura sin ayuda?

Sí _____

No _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

OTROS FACTORES - Esta información es necesaria para todos los solicitantes. Favor de describir cualquier otra limitación (o limitaciones) funcional(es) relativas a viajar en autobús. Favor de ser específico.

¿Puede el solicitante leer y/o entender los señalamientos informativos?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

¿Necesita el solicitante ir acompañado de un Asistente de Cuidado Personal (PCA) al viajar?

Nota: Un PCA es alguien que está asignado o empleado por una persona con limitación para ayudar a dicha persona a realizar sus necesidades personales y/o facilitar el recorrido de un viaje específico. Un animal de servicio esta adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota.

Sí _____ No _____

Si la respuesta es "No", favor de explicar:

Favor de identificar cualquier requerimiento especial del solicitante, particularmente la necesidad de viajar con un respirador o suministro portátil de oxígeno.

Favor de describir cualesquiera otros aspectos de la limitación del solicitante que pueda afectar el viajar.

La información obtenida durante este proceso de certificación de la Ley ADA será utilizada únicamente por el Gobierno Municipal Autónomo de Carolina y la Oficina del SITRAC, para determinar los derechos del solicitante a recibir servicio de transportación paratrásito y solamente será compartida con otros proveedores de servicio de tránsito o programas de transportación para facilitar y/o coordinar los servicios de viajes. Esta información será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito, salvo que sea autorizado por escrito por el solicitante.

Entiendo que la verificación de la limitación por un profesional acreditado no garantiza el reconocimiento de los derechos, pero juega un papel muy importante en el proceso de determinación de la elegibilidad a los derechos. Por lo tanto, hago constar que estoy familiarizado con el impedimento específico del solicitante y con su capacidad o limitación para viajar en el sistema regular de guaguas del SITRAC.

Por medio del presente, se autoriza al personal del Gobierno Municipal Autónomo de Carolina o de la Oficina del SITRAC a comunicarse conmigo o con miembros de mi oficina si es necesario, para completar el proceso de determinación de derecho, conforme a las disposiciones reglamentarias de implementación de la Ley ADA. Asimismo, convengo en proporcionar cualquier evidencia o documentación que la Oficina del SITRAC considere necesaria para la determinación final de los derechos para los servicios de transporte de Paratrásito, o cualquier apelación subsiguiente.

Hago constar que las declaraciones arriba presentadas son correctas y conforme a la verdad y entiendo que las declaraciones y certificaciones falsas o fraudulentas son sancionables conforme a la Ley.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre (*En letra de molde*): _____ # Licencia: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Oficina: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Resolución: _____ **Número:** _____

ADA: _____ **Solicitud:** Nueva ____ Renovación ____

Fecha de Vencimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de Evaluación: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Entrevistada por: _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Aprobada por: _____

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Estatus: _____

Categoría de Elegibilidad: Categoría 1: *Sin Restricción* ____ Categoría 2: *Condicional* ____

Categoría 3: *Temporal*: Sí ____ No _____ Duración (meses): _____

Núm. de Identificación del Cliente: _____

Comentarios: _____

**SOLO PARA FINES DE APELACIÓN
SOLO PARA USO DE LA OFICINA**

Los solicitantes que hayan recibido una determinación de inelegibilidad para el servicio complementario de ADA Paratrásito, así como las personas que no estén de acuerdo con su determinación de elegibilidad, pueden apelar la decisión, siguiendo el proceso que se describe a continuación:

1. La solicitud de apelación deberá ser por escrito y radicarse dentro de sesenta (60) días contados a partir del recibo de la notificación de determinación. En el escrito de apelación, el solicitante deberá presentar los documentos, argumentos o pruebas que entienda pertinentes.
2. Entregar la solicitud de apelación en la Oficina del SITRAC ubicada en el segundo piso de la Alcaldía del Municipio de Carolina o enviarla por correo a

Municipio de Carolina
Oficina del SITRAC
PO Box 8
Carolina, PR 00986-0008

3. La Oficina del SITRAC tendrá treinta (30) días laborables para considerar la solicitud de apelación y notificará por escrito la decisión tomada y de haber sido denegada, las razones para ello. Dicha decisión será final y firme. Los documentos relacionados con la apelación se mantendrán en el expediente del solicitante.

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Apelación: *Día* _____ *Mes* _____ *Año* _____

ACCIÓN TOMADA

Fecha de la Determinación: *Día* _____ *Mes* _____ *Año* _____

Nombre del Evaluador: _____

Determinación/Explique: _____