



**COMISIÓN DEL TRANSPORTE DEL CONDADO DE VENTURA
PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD ADA
SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN**

El Acto de Americanos con Incapacidades (The Americans with Disabilities Act) (ADA) requiere que los operadores de transporte público proporcionen el servicio de transito a las personas que tienen una discapacidad que les impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija.

Esta solicitud debe ser completada por usted o alguien en su nombre.

Por favor imprima o escriba claramente.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____

(XXX) XXX-XXXX

Numero del teléfono de su casa

(XXX) XXX-XXXX

Numero del teléfono alternativo

Fecha de nacimiento MM / DD / YYYY Medi-Cal # XXXXXX

¿Cuales son sus necesidades/destinos de transporte?

- | | |
|---|--|
| ☐ Médico | ☐ Amigos/Familia (Sociales) |
| ☐ Compras | ☐ Empleo |
| ☐ Mandados Generales | ☐ Otro |

¿Tiene planes de viajar fuera de su ciudad de residencia?

- ☐ Sí ☐ No

1. ¿Cual es la naturaleza de la incapacidad o condición que usted cree le hace elegible para el servicio de paratransito ADA? Cheque todos los que apliquen:

- | | |
|--|---|
| ☐ Discapacidad Cardiovascular | ☐ Incapacidad Mental |
| ☐ Deterioro del Desarrollo | ☐ Incapacidad Cognitiva |
| ☐ Incapacidad Osea/Muscular | ☐ Incapacidad Visual |
| ☐ Incapacidad Neurológica | ☐ Incapacidad Auditiva |
| ☐ Convulsiones | ☐ Otras Incapacidades (por favor |
| ☐ Insuficiencia Respiratoria | especifique): |

2. ¿Ha sido documentada su incapacidad por un médico? ☐ Sí ☐ No

3. Por favor describa como su condición/incapacidad limita su habilidad para usar el sistema regular de tránsito.

4. ¿Es temporal su incapacidad? ☐ Sí ☐ No

Si es así, fecha de duracion esperada: _____

5. ¿Alguna vez ha utilizado el transporte público? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Qué tipo de transportación usa usted ahora?

- | | |
|---|---|
| ☐ Auto privado | ☐ Taxi |
| ☐ Autobús | ☐ Tren |
| ☐ Llame por Transporte (Dial-A-Ride) | ☐ Otro (por favor especifique) |

7. ¿Puede usted independientemente llegar á y/o regresarse de una parada de autobús regular? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Puede usted independientemente abordar o bajarse de un autobús regular de tránsito sin ayuda? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Utiliza un aparato de movilidad? ☐ Sí ☐ No

Sí la respuesta es sí, marque todo lo que sea aplicable.

☐ Silla de Ruedas

☐ Baston Blanco

☐ Silla de Ruedas Eléctrica

☐ Muletas

☐ Carrito Eléctrico (Scooter)

☐ Animal de Servicio

☐ Andador

☐ Oxígeno

☐ Baston

☐ Otro (Por favor especifique)

10. ¿Hasta donde puede usted caminar o viajar en su silla de ruedas? (ej: 1 milla, 30 minutos).

11. ¿Requiere usted un ayudante personal?

☐ Sí ☐ No

12. ¿Puede usted leer y entender un horario de autobús?

☐ Sí ☐ No

13. ¿Sería capaz de utilizar el autobús de la ciudad después de un entrenamiento especial?

☐ Sí ☐ No

Por favor dé el nombre de la persona a quien se puede llamar en una emergencia. **(Requerido)**

Nombre* _____ Parentezco _____

Dirección _____

Ciudad, Estado, Zona Postal _____ Teléfono _____

Un contacto de emergencia es requerida para cada solicitud ADA. El contacto de emergencia y conservador puede ser la misma persona(s), en cuyo caso favor de escribir el nombre de la persona y la información de contacto en ambas secciones (conservador y contacto de emergencia).

Si alguien le ha ayudado a llenar esta solicitud, por favor dé la siguiente información:

Nombre* _____

Agencia (si aplica) _____ Teléfono _____

☐ En caso de emergencia, pongase en contacto con esta persona.

***Esta persona no tendrá acceso a información acerca del solicitante al menos que también este en la lista como conservador/guardian legal.**

Certifico que la información dada en esta solicitud es completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que se me puede requerir que asista en-persona a una entrevista y evaluación antes de hacer la determinación de mi elegibilidad. Entiendo que si se determina que no soy elegible para el servicio paratransito ADA, puedo apelar la determinación dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que reciba la determinación por escrito, y que sere asesorado acerca del procedimiento para dicha apelación.

Adicionalmente autorizo a la persona que firma abajo para dar información a la Comisión del Transporte del Condado de Ventura, acerca de mi incapacidad, para verificar mi elegibilidad para el servicio de paratransito ADA. La información proporcionada se usará solamente para determinar mi elegibilidad para servicios de paratransito ADA.

Nombre del Médico _____

Dirección del Médico _____

Ciudad, Estado, Zona Postal del Médico _____

Teléfono del Médico _____

Firma del solicitante

Fecha

Firma de conservador/guardián legal*

Fecha

(XXX) XXX-XXXX

Nombre del conservado/guardián legal*

Numero del teléfono

*Un conservador es una persona legalmente autorizada para firmar los documentos médicos por parte del solicitante y para recibir información sobre la solicitud de ADA. El solicitante no tendrá que designar un conservador. Si un conservador no es notado en la solicitud, nadie aparte del solicitante podrá obtener información sobre el estado de su solicitud.

Por favor mande la solicitud debidamente llenada a:

**Ventura County Transportation Commission
ATTN: ADA Certification Coordinator
4036 Adolfo Road
Camarillo, CA 93012**

o la puede mandar por fax al 1-888-667-7002

Si tiene preguntas referentes a esta solicitud, llame al 1-888-667-7001