



Solicitud para el Programa de Elegibilidad ADA

Solicitud para el Programa de Certificación de Elegibilidad ADA

Nuevo solicitante Recertificación

Si es recertificación, por favor incluya su número de ID ADA actual:

Nombre		Apellido		Inicial del segundo nombre	
Dirección de residencia				Apt/Unidad #	
Ciudad			Estado	Código postal	
Dirección de correo (si es diferente)				Apt/Unidad #	
Ciudad			Estado	Código postal	
Número de teléfono			Número de teléfono alternativo		
Fecha de nacimiento		Preferencia de idioma		Género	
Correo electrónico			Medi-Cal #		

Información de contacto de emergencia

Nombre completo		Relación	
Número de teléfono		Número de teléfono alternativo	

Tenga en cuenta: La certificación ADA no garantiza que los servicios de origen a destino estén disponibles en su área de servicio. Por favor, consulte con su operador local de paratransito para asegurarse de qué áreas están cubiertas. A discreción de la compañía de paratransito, también pueden aplicarse limitaciones en los lugares donde el vehículo de paratransito no pueda navegar de manera segura hacia/desde una ubicación específica.

Términos que pueden usarse durante el proceso de solicitud y sus definiciones:

Asistente de Cuidado Personal (PCA) – El Acta de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) define un PCA como alguien designado o empleado específicamente para ayudar a una persona con sus necesidades personales. Si tiene un familiar, amigo o vecino que lo ayuda o si alguien ha sido contratado para ayudarlo con ciertas actividades, calificará como Asistente de Cuidado Personal.

Autobús de Ruta Fija Pública – Un autobús que sigue una ruta fija con un horario específico de paradas.

Paratransito (Dial-A-Ride) – Un servicio de transporte que opera en respuesta a llamadas de pasajeros al operador local de tránsito. Los vehículos recogen a los pasajeros y los transportan a sus destinos. Los vehículos no operan en una ruta fija ni en un horario específico.

SECCIÓN 1 - ACCESIBILIDAD

1. ¿Tiene usted una discapacidad que le impida usar un autobús público?

Sí No

Si es así, por favor explique:

SECCIÓN 2 - EVALUACIÓN

2. Por favor, revise la siguiente lista y indique cuál (si alguna) de las condiciones se aplica a usted

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Condición nerviosa | <input type="checkbox"/> Intelectual |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> Desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Condición cardíaca | <input type="checkbox"/> Movilidad |
| Visión | Audición |
| <input type="checkbox"/> Baja visión | <input type="checkbox"/> Dificultad auditiva |
| <input type="checkbox"/> Ciego | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Requiere guía para subir al autobús | <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) | |

3. ¿Cuándo comenzaron las condiciones anteriores?

- Hace 0-1 año Hace 1-5 años Más de 5 años

SECCIÓN 2 - EVALUACIÓN

4. ¿Su discapacidad se considera?

- Temporal Estable Progresiva Permanente

5. ¿Su discapacidad cambia después de tratamientos médicos o medicamentos?

- Sí No A veces

Si es así o a veces, por favor explique:

SECCIÓN 3 - CAPACIDAD FUNCIONAL

6. ¿Usa alguno de los siguientes Dispositivos de Movilidad/Tecnología Asistiva?

- Sí No

Si es así, por favor marque todos los que apliquen.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo | <input type="checkbox"/> Scooter |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Andador plegable (con o sin asiento) | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas |
| <input type="checkbox"/> Andador con asiento | <input type="checkbox"/> Bota Charcot |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Dispositivo portátil de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas reclinable | <input type="checkbox"/> Audífonos |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | |

7. ¿Usa un dispositivo de comunicación?

- Sí No

Si es así, ¿qué tipo de dispositivo usa?

8. ¿Tiene un animal de servicio?

- Sí No

Si es así, ¿qué tipo de animal tiene?

¿Cómo le ayuda su animal de servicio?

SECCIÓN 3 - CAPACIDAD FUNCIONAL

Tenga en cuenta: Si necesita ayuda para completar las Preguntas 9 y 10 a continuación, por favor llámenos al 888.667.7001 y le ayudaremos.

9. Si usa una silla de ruedas o scooter, ¿sabe cuánto pesan usted y su silla de ruedas/scooter juntos?

Sí No

Si es así, por favor indique abajo.

Menos de 300 libras De 300 a 600 libras Más de 600 libras

10. ¿Sabe las dimensiones de su silla de ruedas?

Sí No

Si es así, por favor proporcione las dimensiones en pulgadas.

Ancho _____ Profundidad _____ Altura _____

11. Por favor, díganos cuál de las siguientes acciones puede realizar. (Por favor marque todas las que apliquen).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Subir y bajar 3 o 4 escaleras | <input type="checkbox"/> Subir o bajar una rampa |
| <input type="checkbox"/> Subir y bajar una colina | <input type="checkbox"/> Subir y bajar de un autobús público si tiene un elevador |
| <input type="checkbox"/> Subir y bajar un bordillo | <input type="checkbox"/> Agarrar las manijas o barandas al subir y bajar de un autobús público |
| <input type="checkbox"/> Cruzar un pavimento con baches elevados | <input type="checkbox"/> Mantener el equilibrio mientras está sentado en un vehículo en movimiento |
| <input type="checkbox"/> Cruzar una calle de dos carriles antes de que el semáforo se ponga en rojo | <input type="checkbox"/> Reconocer señales de calles |
| <input type="checkbox"/> Viajar solo por la noche o temprano en la mañana con poca luz | <input type="checkbox"/> Leer letras y números en señales de calles y autobuses |
| <input type="checkbox"/> Viajar a la parada de autobús pública más cercana en clima muy caliente | <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones escritas |
| <input type="checkbox"/> Viajar a la parada de autobús pública más cercana en clima muy frío | <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones orales |
| <input type="checkbox"/> Pararse en una parada de autobús pública si no hay asientos | <input type="checkbox"/> Leer labios (si es sordo) |
| <input type="checkbox"/> Esperar en una parada de autobús pública si no hay sombra | <input type="checkbox"/> Manejar monedas o billetes |
| | <input type="checkbox"/> Contar el cambio |
| | <input type="checkbox"/> Decir la hora |

SECCIÓN 4 - EXPERIENCIA EN TRANSPORTE PÚBLICO

Las siguientes preguntas son para ayudarnos a entender si usted puede usar el sistema de autobuses de ruta fija de manera segura y independiente. El hecho de que haya utilizado o no el transporte público recientemente o en el pasado no impedirá que sea elegible para solicitar los servicios de paratransito ADA.

12. ¿Conoce el nombre de su agencia local de transporte?

Sí No

Si es así, por favor liste:

13. ¿Ha usado alguna vez el autobús de ruta fija, tranvía o tren público?

Sí No

Si es así, ¿hace cuánto tiempo y con qué frecuencia usa (usaba) estos tipos de transporte?

14. ¿Qué tan cerca está la parada de autobús pública más cercana a su hogar?

Menos de 2 cuadras Más de 4 cuadras

Entre 2 y 4 cuadras No lo sé

15. ¿Puede viajar a la parada de autobús público más cercana de forma independiente?

Sí No A veces

Si no o a veces, por favor explique:

16. ¿Hay otras razones que le impidan llegar/usar la parada de autobús público?

Sí No A veces

Por favor explique:

17. ¿Viaja con un Asistente de Cuidado Personal?

Sí No A veces

SECCIÓN 4 - EXPERIENCIA EN TRANSPORTE PÚBLICO

Las siguientes preguntas son para ayudarnos a entender si usted puede usar el sistema de autobuses de ruta fija de manera segura y independiente. El hecho de que haya utilizado o no el transporte público recientemente o en el pasado no impedirá que sea elegible para solicitar los servicios de paratransito ADA.

18. Por favor agregue cualquier información adicional que crea que nos ayudará a determinar su elegibilidad para los servicios ADA:

La siguiente pregunta es opcional, el solicitante no está obligado a responder, y no afecta su elegibilidad para ADA.

19. ¿Nos permitiría compartir su información con agencias de servicios de emergencia con el propósito de planificación de emergencias?

Sí No

AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
--------	----------	----------------------------

El Coordinador de Certificación ADA se pondrá en contacto con el profesional de la industria proporcionado a continuación para verificar su discapacidad y cómo su discapacidad le impide usar el servicio de autobús o tren.

Toda la información será confidencial y solo se usará para determinar la elegibilidad para el servicio de paratransito ADA. El Coordinador de Certificación ADA no divulgará la información a ninguna otra persona o agencia sin su permiso. La información puede ser entregada a agencias para proporcionar acceso y acomodaciones de transporte apropiadas.

Yo, _____, autorizo a las personas listadas a continuación, así como a su personal de oficina, a proporcionar información sobre mi discapacidad y capacidades funcionales que puedan ayudar al Coordinador de Certificación ADA de la Comisión de Transporte del Condado de Ventura a evaluar mi solicitud para los servicios de Paratransito/Dial-a-Ride.

Nombre del proveedor	Profesión
----------------------	-----------

Dirección

Número de teléfono	Número de fax (OBLIGATORIO)
--------------------	-----------------------------

- Certifico que la información proporcionada aquí es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que puede ser necesario asistir a una entrevista y evaluación en persona antes de que se determine la elegibilidad.
- Entiendo que si no se me encuentra elegible para el servicio de paratransito ADA, puedo apelar la determinación dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la determinación

Firma del Solicitante	Fecha
-----------------------	-------

Si esta solicitud es completada por alguien que no sea el solicitante, por favor proporcione los detalles a continuación:

Firma del Representante	Fecha
-------------------------	-------

Nombre Completo del Representante

**Esta persona no podrá acceder a la información sobre esta solicitud a menos que también esté listada como conservador legal.*

Para preguntas, por favor contacte al Coordinador de Certificación ADA al (888)-667-7001. Por favor, devuelva la solicitud completa por correo, correo electrónico o fax.

Ventura County Transportation Commission
C/O Mobility Management Partners (MMP)
ATTN: ADA Certification Coordinator
4036 Adolfo Road, Camarillo, CA 93012
Email: info@mobilitymp.org Fax: 1-888-667-7002

Tenga en cuenta: La certificación ADA no garantiza que los servicios de origen a destino estén disponibles en su área. Confirme las áreas cubiertas con su operador local de paratransito, ya que pueden aplicarse limitaciones a discreción de la compañía y según la capacidad del vehículo para navegar de manera segura hacia/desde ubicaciones específicas.

Si necesita servicios de paratransito de inmediato, por favor complete esta solicitud y envíela al Coordinador de Certificación ADA antes de contactar a su proveedor local de transporte público. Si no está seguro de quién es su proveedor local de transporte, por favor llame al (888) 667-7001. transportation provider, please call (888) 667-7001.