



Greater Cleveland Regional Transit Authority

Solicitud para Servicio de Paratransit

¿Qué es el servicio de Paratransit?

La Ley de Americanos con Discapacidades de 1990 (ADA) es una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad, y garantiza que servicio de transporte accesible e indiscriminado sea disponible para personas con discapacidad. La ley contiene disposiciones para la adquisición de vehículos accesibles por parte de entidades públicas y privadas, requisitos para el servicio de ADA Paratransit complementario por parte de entidades públicas que operen un sistema de tránsito de autobuses y trenes de ruta fija y servicio de transporte accesible e indiscriminado.

Las regulaciones federales definen el área de servicio de ADA Paratransit de la como dentro de 3/4 de milla de una ruta fija de autobuses y trenes locales cuando esa ruta está en funcionamiento. Si usted tiene una discapacidad que impida usar el servicio regular de ruta fija de autobuses y trenes, puede ser elegible para Paratransit.

El servicio de Greater Cleveland Regional Transit Authority (“GCRTA”) Paratransit es un servicio de “viaje compartido”, de origen a destino disponible para quienes, debido a una discapacidad funcional o condición de salud, no pueden utilizar el sistema de ruta fija de autobuses y trenes. La elegibilidad para el servicio de Paratransit puede ser incondicional, temporal o bajo ciertas condiciones.

Para Aplicar:

1. Usted o su tutor designado deben llenar la **PARTE I COMPLETAMENTE**. Su Médico con Licencia Profesional de la Salud debe completar la **PARTE II**. Por favor complete esta solicitud lo más detalladamente posible y con la mejor capacidad. Si hay preguntas que no puede contestar, y necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al Oficina de Registro de ADA al (216) 566-5124. Para la solicitud ser considerada completa, cada pregunta en la solicitud debe ser respondida. Si no, se le devolverá para que la pueda completar antes de ser procesada.

2. Envíe su solicitud original a:
GCRTA-ADA Eligibility
1240 West 6th Street
Cleveland, Ohio 44113-1331

Fax:
216-350-5284

Email:
customerservice@gcrtcra.org

3. Una vez que se haya recibido su solicitud completa, se le puede programar para una entrevista de “Elegibilidad y Evaluación”. GCRTA se comunicará con usted para programar la cita.
4. Después de completar el proceso de “Evaluación y entrevista de elegibilidad”, será notificado de su estado de elegibilidad de ADA dentro de los 21 días laborables. Si se determina que es elegible, se le proporcionarán instrucciones para obtener su tarjeta de identificación de ADA Paratransit.

Greater Cleveland Regional Transit Authority

Aplicación para Servicio de Paratransit

PARTE I - Para ser completada por el solicitante

POR FAVOR IMPRIMA/ESCRIBA EN TINTA AZUL O NEGRA

SECCIÓN I: Información del solicitante

Solicitante Nuevo Recertificación - Número de ID _____

Nombre: _____
Nombre Inicial Segundo Nombre Apellido

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/____ Genero: Masculino Femenino

¿Usted es un beneficiario de Medicaid? Si No

¿Eres un Beneficiario de la Administración de Veteranos por discapacidad?
 Si No

¿Eres beneficiario de Medicare? Si No

Contacto de Emergencia: _____

Número de Teléfono: _____

Relación con el solicitante: _____

SECCIÓN II: Información de Movilidad

1. ¿Actualmente utiliza el servicio regular de autobús o tren? Si No

2. ¿Puede ir y venir de la parada de autobús o tren más cercano a su casa por usted mismo? Si No Respondió no, por favor explique:

3. ¿Hay aceras en su vecindario? Si No

4. ¿Hay aceras en la parada más cercana de autobús? Si No

5. ¿Cuántas cuadras hay desde su residencia hasta la parada más cercana de autobús?

Menos de 2 cuadras

5 a 7 cuadras

2 a 4 cuadras

Más de 7 cuadras

No estoy seguro

SECCIÓN III: Información sobre Discapacidad y Condiciones de Salud

1. ¿Por qué está solicitando servicios de Paratransit?

2. ¿Qué discapacidad le han diagnosticado?

3. ¿Su discapacidad le impide usar el servicio regular de autobús o tren? Si No

Respondió sí, por favor explique: _____

4. ¿Se considera que su discapacidad es permanente? Si No

Respondió no, ¿cuánto tiempo le durara esta discapacidad?

5. ¿Necesita a un asistente personal para su cuidado? Si No

6. ¿Utiliza alguna ayuda para la movilidad o algún equipo especializado?

Seleccione todas las que correspondan:

- Silla de ruedas manual Scooter Muletas
 Bastón blanco Soporte de movilidad (Braces)
 Silla de ruedas de tamaño grande Animal de servicio
 Oxígeno portátil Tablero de comunicación
 Silla de ruedas eléctrica Bastón Andador Prótesis
 Otros (especificar): _____

SECCIÓN IV: Certificación del Solicitante

Al firmar esta solicitud, certifico que he sido honesto(a) al responder este formulario y que la información proporcionada es correcta según mi sincero saber y entendimiento. Los tutores legales deben proporcionar documentación.

Firma del solicitante o tutor legal

____/____/____
Fecha

Si el solicitante no puede firmar:

Nombre del representante autorizado (letra de molde)

Relación con el solicitante

Firma del representante autorizado

____ / ____ / ____
Fecha

(Adjunte prueba de tutela si corresponde)

SECCIÓN V: Autorización del Solicitante para Divulgación de información médica

Autorizo al profesional que figura a continuación para que divulgue a RTA información sobre mi discapacidad y condición de salud y su efecto en mi capacidad para viajar en autobús o tren de la RTA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

La información confidencial en la medida permitida por la ley, con la excepción que la información puede ser compartida con otras agencias o profesionales involucrados en la determinación de su elegibilidad.

Información del profesional médico autorizado:

Nombre

Apellido

Título (MD, NP, PA)

Número de teléfono

Agencia/Organización

Fecha ____ / ____ / ____

Firma del solicitante o autorizado

Nombre del solicitante

PARTE II: VERIFICACIÓN MÉDICA

Para ser completado por su médico o psiquiatra con licencia

SECCIÓN I: Información del paciente

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____

SECCIÓN II: Información Profesional

Nombre _____ Apellido _____ Título (MD, NP, PA) _____

Número de licencia/certificación: _____

Hospital/agencia asociada(o): _____

Dirección _____

Código postal: _____

Número de teléfono de la oficina: _____

Número de fax: _____

Diagnóstico médico de discapacidad o impedimento (No usar códigos):

Este impedimento o discapacidad limita una o más actividades significativas de la vida que afectan su capacidad para usar el servicio de autobús o tren. Explique

¿La discapacidad/condición es permanente? Sí No

Respondió no, fecha de recuperación anticipada: ____ / ____ / _____

El solicitante Puede Hacer/Hace:

- ¿Dar direcciones y números de teléfono? Si No
 - ¿Reconoce un destino o punto de referencia? Si No
 - ¿Camina 200 pies sin ayuda? Si No
 - ¿Camine más de una (1) cuadra de la ciudad? Si No Respondió sí, ¿cuántas? _____
 - ¿Firmar su nombre? Si No
 - ¿Quedarse solo en un vehículo de tránsito? Si No
 - ¿Requiere un asistente de cuidado personal? Si No
 - ¿Historial de perderse / preguntarse? Si No
- Respondió sí, ¿Frecuencia con la que ocurre? _____

¿El solicitante requiere el uso de un(os) dispositivo(s) de movilidad? Por favor explique:

SECCIÓN III: Certificación

ESTA CERTIFICACIÓN HA SIDO COMPLETADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO LICENCIADO:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Por la presente verifico que el diagnóstico de discapacidad mencionado ha sido revisado por mí, es exacto y verdadero, y representa la condición física y/o mental actual del solicitante mencionado en este formulario.

Firma _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Para obtener ayuda para completar este formulario, llame a la Oficina de registro de ADA de GCRTA al (216) 566-5124