

Enclosed are the Bay Area Americans with Disabilities Act (ADA) Paratransit application form and the translation of that form in the language you requested. Please be sure to complete and return the English application. The translation is included to assist you in understanding the application questions. If you need help completing the form, please call our office to find out what resources are available to you.

Adjunta se encuentra la solicitud de servicio de paratransito en el Área de la Bahía conforme a la Ley de Norteamericanos con Discapacidades (ADA), así como la traducción de esa forma en el idioma que usted pidió. Por favor asegúrese de llenar y devolver la solicitud que está en inglés. La traducción se incluye para ayudarle a entender las preguntas de la solicitud. Si usted necesita ayuda para llenar la forma, por favor llame a nuestra oficina para averiguar cuáles recursos hay disponibles para usted.

# Solicitud de Servicio de Paratransito ADA

## INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

**Este paquete incluye información y formas que usted necesita para solicitar la elegibilidad al servicio de paratransito en el Área de la Bahía de San Francisco. Como parte de los requisitos de la Ley de Norteamericanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), el servicio de paratransito es proporcionado por todos los sistemas de transporte público. Este tipo especial de servicio de transporte público es exclusivo para aquellas personas que, siempre u ocasionalmente, son incapaces de utilizar de manera independiente el transporte público regular, debido a una discapacidad o condición relacionada con la salud.**

Para poder usar el servicio de paratransito ADA, usted debe estar certificado(a) como elegible. La elegibilidad es determinada en función de cada caso específico. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad está estrictamente destinada a aquellos que tengan limitaciones específicas que les impidan utilizar el transporte público accesible.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad total (incondicional) o de manera limitada, solamente para ciertos viajes (elegibilidad condicional). Si se descubre que usted es capaz de utilizar el autobús y transporte ferroviario regular en todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, usted no será elegible para el servicio de paratransito.

**Para ser elegible usted debe llenar por completo la solicitud adjunta.**

Revisaremos su capacidad para utilizar el transporte público accesible. Después de estudiar su solicitud, tal vez necesitemos más información. Quizá necesitemos:

- Contactarle por teléfono
- Concertar una entrevista personal o una evaluación funcional, o bien
- Consultar con su médico, profesional de la salud u otro especialista acerca de su condición y capacidades

**Para:**  
**Braille,**  
**Letra grande,**  
**Audiocasete**  
**Disquete/ CD-Rom**

Llame al: (415) 351-7000

**Se recomienda a los solicitantes y a aquellas personas que les estén ayudando, que lean el folleto llamado "Transporte Accesible en el Área de la Bahía de San Francisco", antes de llenar la forma adjunta.** Si usted necesita un folleto, llame a su agencia de tránsito. Éste proporciona más detalles acerca del paratransito ADA y los criterios de elegibilidad.

Su solicitud será procesada en el transcurso de 21 días después de que haya sido recibida. La solicitud debe ser llenada correctamente y usted deberá estar disponible para una evaluación de segundo nivel si así se requiere. Una evaluación de segundo nivel podría incluir una entrevista telefónica con usted, una verificación médica o una entrevista en persona. La entrevista en persona puede incluir una prueba funcional para determinar su capacidad para viajar en transporte público, tal como ser capaz de caminar hasta una parada de autobús, leer los señalamientos, etcétera.

Se le notificará por correo la determinación de su elegibilidad. Si usted recibe la certificación de elegibilidad, tendrá la posibilidad de viajar a lo largo del Área de la Bahía, misma que consta de nueve condados. Si usted no está de acuerdo con la determinación de su elegibilidad, usted tiene derecho de apelar. La información sobre cómo apelar estará incluida en su notificación de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad demora más de 21 días, a usted se le puede proporcionar una elegibilidad que le permita utilizar el sistema paratransito hasta que se llegue a una decisión final acerca de su elegibilidad. Esto no aplica si, debido a omisiones de su parte, somos incapaces de procesar por completo su solicitud.

## **INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES**

1. Por favor **ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE respuestas completas a todas las preguntas** en la solicitud. Sus respuestas detalladas y explicaciones nos ayudarán a tomar una determinación apropiada. Asegúrese de **responder a TODAS las preguntas o su solicitud será considerada como incompleta.** Las solicitudes incompletas serán devueltas.
2. No se requiere que adjunte páginas o información adicional. Sin embargo, usted quizá desee enviar otros documentos que considere nos serán de ayuda para entender sus limitaciones. **Toda la información que usted proporcione será manejada de forma estrictamente confidencial.**
3. **Usted debe proporcionar FIRMAS en dos espacios para completar la solicitud.**
  - Certificación del solicitante (Página 9)

- Autorización para Revelar Información para un profesional médico o de rehabilitación apropiado (Página 10)
4. **Devuelva la solicitud contestada a: 68 12th Street, San Francisco, CA 94103.**

- Para obtener ayuda con el proceso de solicitud o para verificar el estado de su solicitud llame al (415) 751-7050.

***Gracias***

## Por favor use letra de molde

Información personal /de contacto

**Nombre** (primer, segundo, apellido)

\_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Dirección de casa:** \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**Dirección de correo** (si es distinto al de casa)

\_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

**Teléfono de día:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **TDD/TTY:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Teléfono por la noche:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Teléfono celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Femenino  Masculino

**Idioma principal** (por favor, seleccione)  Inglés  Otro (especifique)

\_\_\_\_\_

**Si más adelante necesita que se le proporcione a usted alguna información en un formato accesible, por favor seleccione qué formato prefiere.**

Disquete/CD-Rom  Audiocasete  Braille  Letra grande

Otro \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Teléfono (día): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono (noche): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(Opcional) Además estoy inscrito(a) en uno o más de los siguientes programas:

Medicare  Medi-Cal

**Cuéntenos acerca de su discapacidad / condición relacionada con la salud**

**Por favor responda detalladamente a las siguientes preguntas - sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.**

1. ¿Cuál **discapacidad o condiciones relacionadas** con la salud le **IMPIDEN** utilizar de manera independiente el transporte público regular (por ejemplo, BART, autobús, tranvía)?

---

---

---

---

2. Explique brevemente **DE QUÉ MANERA** le impide su condición utilizar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona.

---

---

---

---

---

---

3. ¿Cuándo fue la primera vez que experimentó las condiciones que describió arriba?

Hace 0-1 año  Hace 1 a 5 años  Hace más de 5 años

4. Las condiciones que usted describió, ¿cambian día a día de una manera que afecten su capacidad para utilizar el transporte público?

Sí, algunos días está bien, otros días está mal.  No, no cambia.  
 No sé.

5. Las condiciones que usted describió son:

Permanentes  Temporales  No sé

*Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?*

---



## Cuéntenos acerca de sus necesidades de viaje

11. Actualmente, ¿cómo viaja usted a sus destinos frecuentes?

*(Seleccione todas las que apliquen):*

- Autobuses     Paratransito     Conduzco     BART  
 Taxi     Ferry     Tranvía     Alguien me lleva en coche  
 Otro \_\_\_\_\_

12. ¿Viaja usted con la ayuda de otra persona? (sin tomar en cuenta que le proporcionen transporte)

- Siempre     Algunas veces     Nunca

12a. Si lo hacen "siempre" o "algunas veces", ¿qué tipo de ayuda le proporcionan?

---

---

13. ¿Usted es capaz de moverse hacia y desde la parada de transporte público más cercana a su hogar?

- Sí     No     Algunas veces

*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

14. ¿Sería usted capaz de asir barandales o pasamanos, monedas o boletos al abordar o bajar de un vehículo de tránsito?

- Sí     No     Algunas veces     No sé, nunca lo he intentado

*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

15. ¿Sería usted capaz de mantener el equilibrio y tolerar el movimiento de un vehículo de transporte público mientras está sentado(a)?

- Sí     No     Algunas veces     No sé, nunca lo he intentado

*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

16. ¿Sería usted capaz de abordar o bajar de un autobús de transporte público si tuviera ya sea un elevador, una rampa, o un *kneeler* (un dispositivo que baja la parte delantera del autobús)?

Sí  No  Algunas veces  No sé, nunca lo he intentado

*Si no o algunas veces, explique por qué:*

---

---

17. Por favor agregue cualquier otra información que a usted le gustaría que supiéramos acerca de sus capacidades.

---

---

---

---

---

---

---

**¿Ha contestado todas las preguntas y proporcionado explicaciones donde se requiere?**

**LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS SERÁN DEVUELTAS.**

## Certificación del solicitante

**Certifico** que la información en esta solicitud es **verdadera y correcta**. Entiendo que falsificar la información intencionalmente dará como resultado la negación del servicio. Entiendo que toda la información será manejada de forma confidencial, y que solamente la información requerida para proporcionar los servicios que solicito les será revelada a aquellos que realizan los servicios.

**Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar el transporte público, con el fin de auxiliar en la determinación de la elegibilidad.**

**Firme aquí:**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha  
\_\_\_\_\_

**¿Le ayudó alguien a llenar esta forma?**     Sí     No  
Si es "sí", Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_)

Relación con usted: \_\_\_\_\_

Por favor tome en cuenta: Es su responsabilidad notificarnos si su discapacidad mejora lo suficiente para cambiar el estado de su elegibilidad. Si su condición mejora después de que haya recibido la determinación de elegibilidad o nosotros descubrimos que entregó información falsa, su elegibilidad le será suspendida o se le puede pedir que la solicite de nuevo.

## Autorización para revelar información médica

*(para ser completado por el solicitante)*

Por **medio de la presente, autorizo** al siguiente profesional con licencia (doctor(a), terapeuta, trabajador(a) social, etc.) quien puede verificar mi discapacidad o condición relacionada con la salud, a revelar esta información a mi agencia local de transporte público. Esta información será utilizada solamente para verificar mi elegibilidad para los servicios de paratransito. Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización, y que puedo revocarla en cualquier momento.

**Nombre del profesional que puede revelar mi información médica:**

\_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Historial médico o número de identificación, si se conoce:

\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**Firme aquí:**

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

Para: \_\_\_\_\_ (Inserte el nombre del médico o proveedor)

Por este conducto autorizo el uso y revelación de mi información médica identificable (“Información Protegida sobre la Salud”) según se describa en este formulario (la Autorización) a ATC Paratransit, para fines de determinar mi elegibilidad para recibir servicios de transporte.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Favor de enviar la información solicitada a:

**San Francisco Paratransit, 612 Street, San Francisco, CA 94110**

Descripción específica de la Información Protegida sobre la Salud a ser usada o revelada:

La(s) discapacidad(es) documentada(s) de nuestro solicitante (su paciente), y cómo ésta(s) afectan su capacidad para utilizar en forma independiente el Muni o demás autobuses/trenes accesibles de BART.

Evento que marca la expiración de esta Autorización:

La verificación profesional de la información específica solicitada (ver arriba), la cual nos permita hacer una determinación de elegibilidad para servicios de paratransito conforme a la ley ADA.

Entiendo que la Información Protegida sobre Mi Salud está sujeta a revelación por el receptor autorizado de dicha Información conforme a la presente autorización, y que la Información Protegida sobre Mi Salud que se revele tal vez no se encuentre protegida por los reglamentos federales sobre la privacidad. Asimismo entiendo que puedo revocar la presente Autorización en cualquier momento dándole aviso por escrito, pero si lo hago, la revocación no surtirá efectos sobre las acciones que usted haya realizado antes de recibir dicha revocación de la Autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo o de su representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

*(El formulario debe llenarse antes de firmarse)*

Nombre del representante en letra de molde, si aplica. \_\_\_\_\_

Relación con el individuo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Se puede obtener este formulario en formatos accesibles y/o en otros idiomas al solicitarlo)