



PART
SOLICITUD PARA ADA
ELEGIBILIDAD PARATRANSIT

INSTRUCCIONES DEL SOLICITANTE

- El Solicitante, Guardián o Preparador completan la Parte I y firman la solicitud y la certificación.
- Tener las Partes completas del Profesional II, III o IV apropiadas y tener la certificación de firma profesional.
- Devolver la Solicitud completada a:

*Department of Planning,
Development & Public Transportation
841 Fair Street
Carmel, NY 10512
Fax: (845) 808-1948 (original a seguir por correo)*

- **NOTA:** Las solicitudes incompletas no serán consideradas. Todas las preguntas deben ser respondidas o respondidas sin aplicable (N/A) si la pregunta no se aplica.
- Si tiene alguna pregunta al completar este formulario, llame a cualquiera de los siguientes números:
(845) 878-3480
(845) 878-7433
- Para personas con discapacidad auditiva, utilice el servicio de retransmisión 711
- Servicios de traducción disponibles bajo petición.

Sitio web: www.putnamcountyny.com/transportation

PARTE I. Preguntas 1-17 a completar por el solicitante
(Tipo o impresión clara)

Por favor, responda las siguientes preguntas tan completamente como sea posible, si una pregunta no se aplica a usted, marque claramente N/A en el espacio de respuesta proporcionado:

1. Nombre: _____

Los últimos 4 dígitos del SSN: _____

2. Dirección: _____

Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____

Intersección más cercana: _____

3. Número de teléfono (casa): _____ (celda o trabajo): _____

4. Fecha de nacimiento: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

5. Proporcione el nombre de alguien con quien desea que nos pongamos en contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ City/Estado: _____ Zip: _____

Teléfono(casa): _____ (trabajo): _____

6. ¿Cuál es la(s) condición(es) de inhabilitación que le impide utilizar nuestro servicio de bus de ruta fija?

7. ¿Cómo le impide esta discapacidad usar el servicio regular de autobuses?

Por favor, explíquelo completamente. Utilice una hoja adicional si es necesario:

8. ¿Hay otros efectos de su discapacidad de los cuales debemos ser conscientes?

9. ¿Utiliza alguno de los siguientes ayudantes de movilidad? (*Marque todas las que correspondan*)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Caña Blanca | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico (Amigo, Rascal, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal | <input type="checkbox"/> Braces |
| <input type="checkbox"/> Caña | <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ |

10. ¿Alguna vez has recibido entrenamiento de viaje? *Sí* ___ *No* ___

a) Agencia que le entrenó: _____

b) ¿Se completó con éxito el entrenamiento? _____

c) ¿Existen limitaciones en su entrenamiento de viaje?

Por favor explique:

11. ¿Puede entender la información impresa o verbal del transporte, como la información del horario del autobús? (incluyendo TDD, cinta de audio o letra grande)

Por favor explique:

12. ¿Puede calcular la tarifa correcta y colocarla en la caja de tarifas?

Por favor explique:

13. ¿Puedes ubicar asientos o montantes de pasamanos dentro del autobús?

Por favor explique:

14. ¿Qué circunstancias que se relacionan con su discapacidad harían que sea difícil para llegar a su destino después de bajar del autobús?

Por favor explique:

15. ¿Está utilizando el servicio de paratransito para asistir a los programas proporcionados por un Agencia? Sí No *en caso afirmativo, responda lo siguiente:*

a) ¿Cuál es el nombre de la agencia que patrocina el programa o los servicios a los que asistirá?

Nombre de la Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Persona de contacto: _____

b) ¿La agencia proporciona transporte? *Sí* *No*

c) ¿Es usted elegible para ese transporte? *Sí* *No*

16. ¿Cómo se enteró de nuestro servicio de paratransito? (*Marque todas las que correspondan*)

T.V.

Departamento de Planificación

Periódico

Profesional

Radio

Proveedor de servicios

PART Empleado

Otro: _____

17. ¿Está inscrito para Medicaid? *Sí* *No*

a) Por favor, dé a Medicaid #: _____

b) ¿Para qué tipo de transporte ha sido aprobado por Medicaid?

autobús público taxi ambulette ambulancia

Certificación

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas, a mi leal saber y entender, y autorizo la cumplimentación del resto de este formulario por parte del profesional correspondiente. He leído y entiendo, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en esta aplicación. Entiendo, hasta el más allá de lo que yo sepa, que todas las declaraciones hechas en esta solicitud pueden estar sujetas a investigación y verificación. Entiendo, hasta mi leal recuerdo, que el COUNTY OF PUTNAM se basará en las declaraciones hechas en esta solicitud, independientemente de si ha investigado o no las COUNTY OF PUTNAM declaraciones contenidas en esta solicitud. Entiendo, hasta siempre que yo sepa, que puede COUNTY OF PUTNAM interrumpir o cambiar su programa de paratransito sin previo aviso. Si el COUNTY OF PUTNAM debe encontrar que no he seguido las pautas del programa, mis servicios de paratransito serán retirados y no seré elegible para volver a solicitar el programa de paratransito. Entiendo, hasta donde yo sé, que es un delito permitir que cualquier otra persona use mi tarjeta de identificación o que yo continúe usando la tarjeta si ya no estoy inhabilitado según lo definido por el programa de paratransito.

Acepto notificar al Departamento de Planificación, Desarrollo y Transporte Público del Condado de Putnam al (845) 878-3480 si ya no necesito servicio de paratransito.

Por la presente certifico, a mi leal saber y entender, que la información dada es correcta.

Firma del Solicitante o Guardián Legal: _____

Nombre de impresión del solicitante o tutor legal: _____

Fecha firmada: _____

PREPARER: Si esta solicitud ha sido preparada por una persona que no es el solicitante o un tutor legal, por favor complete lo siguiente:

Firma del Preparador: _____

Nombre de impresión del preparador: _____

Fecha firmado: _____

Dirección: _____

Ciudad/Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____

Número de teléfono: _____

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

Instrucciones

Estimado Doctor:

El solicitante que le ha pedido que complete y firme este formulario está solicitando la elegibilidad en el servicio DE PARATRÁNSITO DE PART. Lea atentamente la siguiente información, ya que puede afectar su respuesta.

¿Quién califica para Paratransit?

El servicio de paratransito está diseñado para servir a aquellas personas cuya gravedad de discapacidad les impide utilizar el transporte público. Bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidad (ADA, por sus inglés), la discapacidad por sí sola no califica a una persona para montar Paratransit. Una persona debe ser **FUNCIONALMENTE** incapaz de utilizar el servicio de bus de ruta fija. El servicio se presta a los siguientes tres grupos generales de personas con discapacidad:

1. Personas que tienen condiciones específicas **relacionadas** con el deterioro que hacen imposible - no sólo difícil - para viajar hacia o desde un punto de ubicación de la ruta de autobús.
2. Las personas que necesitan un ascensor para sillas de ruedas y un autobús equipado con ascensor para sillas de ruedas no están disponibles en la ruta cuando necesitan viajar.
3. Las personas que no pueden abordar, viajar o salir de un autobús PART incluso si son capaces de llegar a un punto de ubicación en la ruta y el autobús está equipado con un ascensor para sillas de ruedas.

¿Qué es Paratransit?

Paratransit es un servicio alternativo, de origen a destino y con capacidad de respuesta a la demanda. Está diseñado para "complementar" el servicio de ruta fija en términos de tiempos y áreas.

Las disposiciones de origen a destino ADA significan que la **ASISTENCIA** se proporciona a las personas entre la puerta de su punto de partida o destino y el vehículo paratransito. Además, el paratransito solo es necesario para prestar servicio si los puntos de destino y de salida están dentro de 3/4 de una milla de una ruta de autobús de ruta fija durante las horas en que esa ruta está en funcionamiento.

PARTE II: para ser completado por un médico para un discapacitado físico Persona.

PARTE III: para ser completado por un oftalmólogo u optometrista para una persona discapacitada.

PARTE IV: para ser completado por un psiquiatra o médico por una persona discapacitada.

(Por favor complete el formulario apropiado)

PARTE II: Las preguntas 18 a 27 deben ser completadas por un médico para la persona con discapacidad física (Tipo o imprimir claramente)

Nombre del solicitante: _____

18. Diagnóstico médico de la condición de minusvalía: _____

19. ¿Esta afección es temporal? ___ Sí ___ No
En caso afirmativo, Duración esperada hasta: _____

20. ¿Es probable que esta afección empeore? ___ Sí ___ No

21. ¿Es esta persona capaz de caminar sin la ayuda de otra persona:

a) ¿200 pies? ___ Sí ___ No ___ Sólo con gran dificultad.

b) ¿1/4 milla? ___ Sí ___ No ___ Sólo con gran dificultad.

22. ¿Es esta persona capaz de subir un escalón de 16" y dos pasos de 10"?
___ Sí ___ No ___ Sólo con gran dificultad.

23. ¿Esta persona es capaz de esperar afuera sin soporte durante 10 minutos?
___ Todo el tiempo; ___ Algunas veces; ___ ¡No en absoluto!

24. ¿Esta persona es capaz de viajar en un automóvil? (incluyendo entrar y salir)
___ Todo el tiempo; ___ Algunas veces; ___ ¡No en absoluto!

25. ¿Requiere esta persona el uso de lo siguiente:

Silla de ruedas

Animal de servicio

Caña Blanca

Muletas

Walker

Scooter eléctrico (Amigo, Rascal, etc.)

Atención de cuidado personal

Braces

Caña

Otro (describa): _____

26. ¿Hay algún otro efecto de la condición de la cual Putnam County debe ser consciente?
(Describe):

27. **Certificación**

Por favor revise la información médica proporcionada en la solicitud y llene la certificación según sea apropiado y firme el documento. La información que proporcione ayudarnos a servir a los que más necesitan paratransito.

I, _____ certificar _____
(Nombre impreso del médico) (Imprimir nombre del paciente)

ser una persona discapacitada y que la información médica proporcionada en la solicitud es exacta a mi leal saber y entender y es consistente con el diagnóstico médico del solicitante.

Firmado este _____ día de _____, 20 ____

Firma del Médico: _____

Nombre de impresión del médico: _____

Número de licencia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

PARTE IV: Las preguntas 35 a 41 deben ser completadas para la persona con discapacidad mental por un médico o psiquiatra calificado. (Tipo o impresión clara)

Nombre del solicitante: _____

30. Diagnóstico médico de la condición de minusválido: _____

36. ¿Cómo afecta esta condición a la capacidad del individuo para utilizar el servicio de autobús de ruta fija?

37. ¿Es esta persona capaz de:

- | | | | | |
|--|-----|----|-----|----|
| a) dar dirección y número de teléfono a petición | ___ | Sí | ___ | No |
| b) reconocer calles y números de autobús | ___ | Sí | ___ | No |
| c) firmar su nombre | ___ | Sí | ___ | No |
| d) lidiar con una situación inesperada | ___ | Sí | ___ | No |
| e) pedir y entender direcciones | ___ | Sí | ___ | No |

38. ¿Es esta condición:

- | | | | | |
|---------------|-----|----|-----|----|
| a) ¿Temporal? | ___ | Sí | ___ | No |
|---------------|-----|----|-----|----|

En caso afirmativo, Duración esperada hasta: _____

- | | | | | |
|---|-----|----|-----|----|
| b) con una mejora significativa con el tratamiento? | ___ | Sí | ___ | No |
| c) probablemente empeore? | ___ | Sí | ___ | No |

39. ¿Debería acompañarse esta persona mientras usa el Servicio de Paratransito del Condado de Putnam?

___ Sí ___ No

40. ¿Hay algún otro efecto de la condición de la cual Putnam County debe ser consciente?

Describe:

41. CERTIFICACIONES

Por favor revise la información médica proporcionada en la solicitud y llene la certificación según sea apropiado y firme el documento. La información que proporcione ayudarnos a servir a los que más necesitan paratransito.

I, _____ certificar _____
(Nombre impreso del médico) (Imprimir nombre del paciente)

ser una persona discapacitada y que la información médica proporcionada en la solicitud es exacta a mi leal saber y entender y es consistente con el diagnóstico médico del solicitante.

Firmado este _____ *día de* _____, 20 ____

Firma del Médico: _____

Nombre de impresión del médico: _____

Número de licencia: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____