

## APLICACIÓN PARA SERVICIO DE PARATRÁNSITO

La ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es una ley de derechos civiles; que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad. En virtud del acuerdo antidumping, agencias de transporte de un sistema de rutas fijas debe proporcionar un sistema comparable para tránsito para personas con discapacidad que no pueden utilizar el sistema de rutas fijas.

**Si usted tiene una discapacidad que le impide ser capaz de utilizar el autobús de ruta fija regular algunos o todos a la vez, puede elegible para el servicio CityLink Para transporte. Para ser certificado por el CityLink Para transporte usted necesitará presentar una solicitud completa.**

Elegibilidad está determinada por estos factores:

1. capacidad del individuo para llegar desde la parada de autobús
2. individual a la capacidad del tablero/salida del autobús
3. individual de la capacidad cognitiva para navegar el sistema de autobuses de rutas fijas regulares
4. Barreras ambientales (como la falta de acera o bordillo transiciones)

Problemas de funcionamiento no se utilizan para determinar la elegibilidad, incluyendo:

1. edad
2. distancia de parada de autobús
3. la falta de servicio de autobús
4. atestado autobús
5. conveniencia

CityLink paratransit es un servicio de pre-reserva, viaje compartido, acera a acera. Su área de servicio se define como hasta  $\frac{3}{4}$  de milla a cada lado de una ruta de autobús existentes. Viajes de servicio Paratransit son más especializados que los viajes de Servicio autobús de ruta fija, y por lo tanto, la estructura tarifaria es diferente. Gama actual de tarifas entre \$2.00 y \$3.00 por viaje de ida.

Toda la información se mantiene confidencial. Una vez que se recopila toda la información necesaria para hacer una determinación de elegibilidad, CityLink responderá a usted por correo dentro de 21 días de calendario. Si tarda más de 21 días para completar el proceso recibirá elegibilidad presunta hasta que se complete el proceso de solicitud. Si te obstinas no elegible para el servicio de paratransit ADA, usted puede apelar la decisión mediante la presentación de una solicitud por escrito a CityLink dentro de 60 días después del recibo de su carta de rechazo. Es importante que se completen todas las partes de la aplicación. Si la aplicación no se ha completado se devolverá a usted para la terminación que retrasará el proceso de solicitud. Usted puede e-mail cualquier pregunta a [citylink@abilenetx.gov](mailto:citylink@abilenetx.gov) o llame al 325-676-6287.

Por favor devuelva su aplicación:

CityLink  
1189 S 2 ND  
Abilene, Texas 79602  
Teléfono: 325-676-6287  
Fax: 325-676-6407

## Sección 1 información PERSONAL (completado por el solicitante)

Apellido: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA SECCIÓN 2

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

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

## SECCIÓN 3 INFORMACIÓN DE MOVILIDAD

1. ¿Cuál de estas ayudas de movilidad, comunicación o equipo usas para ayudarte a donde tienes que ir? (Por favor marque todas las que aplican)

- |   |  |                                     |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                              | <input type="checkbox"/> Animal de servicio        | <input type="checkbox"/> Abrazadera |
| <input type="checkbox"/> Caña                                 | <input type="checkbox"/> Bastón blanco             | <input type="checkbox"/> Oxígeno    |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual               | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas accionado | <input type="checkbox"/> Caminante  |
| <input type="checkbox"/> Scooter motorizado                   | <input type="checkbox"/> Muletas                   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Prótesis u otro: (especifique) _____ |  |                                     |

2. Con o sin el uso de las ayudas de movilidad, ¿Cuántas cuerdas puede ir?

- Menos de 2 cuerdas       2 a 4 cuerdas       más de 4 cuerdas

3. Si fueras a andar en ruta fija regular necesitaría un asistente de Cuidado Personal (PCA) con usted?  Siempre     A veces     No

4. Ha tenido algún viaje de entrenamiento para aprender a usar un autobús regular?

- Sí     No

5. Te gustaría aprender a usar el autobús regular?     Sí     No

6. Sírvanse explicar qué condiciones que le impiden viajar utilizando el servicio de ruta fija. (Ejemplo: sin pavimentar zonas, distancia, las condiciones de salud)

---

---

---

---

---

---

<b>SECCIÓN 4 COMPRENSIÓN ESTA SOLICITUD</b>
---

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el solicitante estoy elegible para usar el servicio CityLink ADA Para transporte según los lineamientos de la americana con ley de discapacidad.

Entiendo que esta solicitud no puede ser procesada si no está completo. Entiendo que un representante de CityLink puede necesitar hablar conmigo o verme en una fecha posterior para aclarar o para obtener más información.

Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial; Sólo la información requerida será revelada a quienes realizan esos servicios.

Tengo entendido que el proceso de solicitud puede tardar hasta 21 días desde el momento que Citylink recibe una solicitud completada. Si mi solicitud es devuelta para aclaración o información adicional, esto puede retrasar el proceso. Recibiré la notificación de la determinación de esta aplicación.

Yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la negación de servicio, así como la pena bajo la ley.

Firma: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_  
(Tutor/persona que ayudó con esta aplicación)

Relación al solicitante: \_\_\_\_\_

La siguiente sección debe ser completada por un profesional médico (médico, enfermera, terapeuta, trabajador social o especialista O & M)

El individuo que ha pedido para revisar y firmar esta solicitud está solicitando servicios CityLink Para transporte. ADA para transporte servicio está pensado sólo para esos viajes que la persona no puede tomar en el sistema regular de autobús público debido a su discapacidad. Por favor complete la siguiente evaluación. NO UTILICE ABREVIATURAS O CÓDIGOS.

### SECCIÓN 5 VERIFICACIÓN PROFESIONAL EVALUACIONES

1. ¿cuál es la naturaleza de la discapacidad o la condición que afecta la capacidad de la persona que utilice el sistema de autobuses de rutas fijas regulares? (marque todas las que apliquen)

A. Generalidades médica condiciones

Ninguno

Cáncer

Insuficiencia renal

Respiratoria

VIH/SIDA

Diabetes

Otros: \_\_\_\_\_

B. hueso y condiciones comunes

Ninguno

Amputación de:

Hueso roto:

Artritis

Osteo-artritis

Artritis reumatoide

Otros: \_\_\_\_\_

C. las condiciones cerebro/nervios/musculares

Ninguno

Enfermedad de Alzheimer / demencia

Lesión cerebral

Parálisis cerebral

Epilepsia

Hemiplejía

Esclerosis múltiple

Distrofia muscular

Accidente cerebrovascular

Tetraplejía

Otros: \_\_\_\_\_

D. corazón y condiciones circulatorias

Ninguno

Angina de pecho

Ataque al corazón

Cirugía cardíaca

Edema

Insuficiencia cardíaca congestiva

Enfermedad Vascular periférica

Presión arterial alta

Otros: \_\_\_\_\_

E. pulmón y condiciones de respiración

Ninguno

Asma

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Fibrosis quística

Enfisema

Cáncer de pulmón

Otros: \_\_\_\_\_

F. condiciones de visión/audición/discurso de

Ninguno

Afasia

Cataratas

Glaucoma

Totalmente ciego

Retinopatía diabética

Sordo

Problemas de audición

Otros: \_\_\_\_\_

G. desarrollo Mental condiciones

Ninguno

Autismo

Psicosis

Discapacidades Del desarrollo SuaveModeradaSevera

Retraso mental

Otros: \_\_\_\_\_

2. Es la condición de salud o discapacidad temporal?

Sí  No

¿En caso afirmativo cuánto esperas lo último?

\_\_\_\_\_

3. ¿La persona requiere a un asistente de cuidado personal (PCA) para acompañarlos en los viajes?

Sí  No

4. ¿Explicar en detalle por el solicitante no está físicamente o mentalmente capaz de caminar a la ruta de autobús regular.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto tiempo han tratado el solicitante? \_\_\_\_\_

Nombre de la profesión sanitaria o agencia: \_\_\_\_\_

Persona de completar la verificación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono de negocio: \_\_\_\_\_

Firma del profesional cualificado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

DEBE SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE CERTIFICACIÓN CITYLINK

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ fecha revisada: \_\_\_\_\_

Aprobado  Negado  Devuelto  Presunta

Si se devuelve/niega razón lista: \_\_\_\_\_

Asistente de cuidado personal  Sí  No

Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_