

Su certificación de Paratransit de Ride Gwinnett ha caducado o caducará este año. Es obligatorio que todos los clientes de Paratransit de Ride Gwinnett presenten una solicitud de recertificación cada tres años o siempre que caduque la certificación (es decir, estado de incapacidad temporal). Para evitar la interrupción del servicio, debe presentar una *Solicitud de recertificación* completa, incluida la Parte B (Formulario para profesional licenciado/certificado), en un plazo de 30 días a partir de la fecha de caducidad. **No se tramitarán las solicitudes incompletas.** No sería necesaria una evaluación en persona a menos que su estado de salud haya cambiado.

La solicitud de recertificación también está disponible en letra grande si se solicita. La solicitud debe estar mecanografiada o impresa con claridad. De lo contrario, podría retrasarse el proceso.

Instrucciones para llenar la solicitud de recertificación

1. Puede completar esta solicitud usted mismo o pedir ayuda a cualquier persona que lo conozca a usted o a su enfermedad. Cuando complete esta solicitud, tenga en cuenta que cuanta más información detallada pueda proporcionar, mejor permitirá a Ride Gwinnett tomar la decisión más adecuada con respecto a sus necesidades de transporte. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a Ride Gwinnett Paratransit al 770.246.4770 y "pulse 2" o TDD al 711.
2. Usted tendrá que tener la Parte B (Formulario para profesional licenciado/certificado) completado por un profesional de la salud para proporcionar la verificación de su discapacidad y su efecto sobre su capacidad para utilizar el sistema regular de autobuses de Ride Gwinnett. Algunos ejemplos de profesionales médicos que pueden certificar su solicitud, entre otros, trabajador social clínico, especialista en vida independiente, terapeuta ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta, especialista en rehabilitación, audiólogo, oftalmólogo, médico, psicólogo, enfermero diplomado o especialista/instructor en movilidad, etc.
3. Una vez completada la solicitud, incluido el **Formulario para profesional licenciado/certificado** puede enviar la solicitud por fax a Ride Gwinnett Paratransit al 770.825.8162 o enviarla por correo a:

Departamento de Paratransit de Ride Gwinnett
3525 Mall Boulevard, Suite 5-C
Duluth, GA 30096

4. Se revisará su solicitud y se determinará si cumple con los requisitos en un plazo de 21 días a partir de la recepción de una solicitud **completa**, una entrevista en persona y una evaluación funcional, si es necesario. Recibirá una carta en la que se le comunicará si es elegible para seguir con el servicio. Esta revisión se basará en su capacidad para utilizar el servicio regular de autobuses. El revisor puede solicitarle información adicional a usted o a su profesional médico. Tenga en cuenta que la verificación de un profesional de la salud autorizado **NO** le da derecho automáticamente al servicio Paratransit. Según su evaluación en persona, es posible que tenga:

- Elegibilidad completa: Elegible para todas sus necesidades de viaje dentro del área de servicio de Ride Gwinnett Paratransit (3/4 por milla dentro del servicio de ruta fija).
 - Elegibilidad condicional: Elegible para algunos viajes en Ride Gwinnett Paratransit dependiendo de la naturaleza de su discapacidad.
 - No elegibilidad: No elegible para Paratransit
5. Si se determina que usted no es elegible para los servicios de Paratransit de Ride Gwinnett y usted no está de acuerdo con la determinación, puede apelar a la decisión. La información sobre el proceso de apelación se le enviará junto con su carta de determinación de elegibilidad.



CONDADO DE GWINNETT
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE | RIDE GWINNETT
SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE PARATRANSIT

Fecha de hoy: _____

Sección 1: Información personal y de contacto

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Varón Mujer

Dirección _____ postal _____

N.º de apartamento: _____ N.º de edificio: _____ No. de código de puerta: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono de trabajo: _____

Dirección _____ de _____ correo _____ electrónico: _____

Dirección postal (si es distinta de la del domicilio):

Dirección _____ postal _____

No. de apartamento: _____ N.º de edificio: _____ N.º de código de puerta: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Idioma principal: Inglés Español Coreano Vietnamita Chino

Otro (especifique): _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre _____ de _____ contacto _____ en _____ caso _____ de _____ emergencia:

Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Teléfono de trabajo: _____

¿Le ha ayudado alguien a completar este formulario? Sí No

¿Podemos ponernos en contacto con esta persona si se necesita información adicional? Sí No

En caso afirmativo, nombre: _____ Relación: _____

Número de teléfono: _____

Indique cualquier cambio en su salud o estado de salud que no haya mencionado anteriormente:

Notifique a Ride Gwinnett cualquier cambio en su estado de salud o en sus ayudas a la movilidad para que podamos proporcionarle el vehículo adecuado a sus necesidades.

¿Necesita ayuda de un asistente personal (Personal Care Attendant, PCA)? Sí No
Un PCA es alguien que viaja con usted para ayudarlo en las funciones de la vida diaria.

¿Necesita utilizar un animal de servicio? Sí No

¿Viaja con equipos médicos portátiles? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de equipo médico portátil?

La siguiente información se utiliza para garantizar que se programa el vehículo adecuado para satisfacer sus necesidades de transporte.

¿Cuál de las siguientes ayudas para la movilidad utiliza, si es que utiliza alguna? (Marque todo lo que corresponda)

- Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Scooter eléctrico Oxígeno
- Bastón ortopédica Muletas Andador Pierna
- Bastón blanco Animal guía/de servicio

Certificación de la solicitud

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información facilitada en esta solicitud es correcta. Entiendo que esta solicitud será devuelta si no está completa. Entiendo además que los resultados de esta revisión se basarán en mi capacidad para utilizar el transporte regular en autobús de Ride Gwinnett y pueden requerir información adicional de mi parte, como una entrevista telefónica o personal, o consultas adicionales de mi médico u otro profesional. Acepto notificar a Paratransit de Ride Gwinnett si dejo de necesitar el servicio por cualquier motivo, incluido un cambio en mi capacidad para utilizar el servicio de autobús. También entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos para el uso de Paratransit de Ride Gwinnett puede ser motivo de suspensión o revocación de mi elegibilidad para participar en este programa.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud no la lleno el solicitante, deberá facilitarse la siguiente información:

Nombre de la persona que llenó la solicitud: _____

Relación con el solicitante: _____

Número de teléfono diurno: _____

Certificación de la solicitud (A completar por el solicitante)

Por la presente autorizo al siguiente profesional licenciado que puede verificar mi discapacidad o condición relacionada con la salud, a divulgar esta información a mi agencia local de transporte público. ***Esta información solo se utilizará para verificar mi elegibilidad para los servicios de Paratransit.*** Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento.

Nombre del profesional que puede divulgar mi información médica:

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____



Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Trabajador social clínico, especialista en vida independiente, terapeuta ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta, especialista en rehabilitación, audiólogo, oftalmólogo, médico, psicólogo, enfermero diplomado o especialista/instructor en movilidad

Sección 2: Certificación profesional

El solicitante que le ha pedido que revise la información de la solicitud y que firme este formulario solicita elegibilidad para el servicio Paratransit de Ride Gwinnett (RG) . Lea atentamente la siguiente información, ya que puede afectar a su respuesta.

¿Quién tiene derecho al Paratransit?

El servicio de Paratransit está diseñado para atender SOLO a aquellas personas cuya gravedad de discapacidad les impide utilizar el transporte público. Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA), la discapacidad por sí sola no da derecho a una persona a viajar en Paratransit. Una persona debe ser FUNCIONALMENTE incapaz de utilizar el servicio de transporte regular de Ride Gwinnet. Se presta servicio a los siguientes tres grupos generales de personas con discapacidad:

1. Personas con deficiencias específicas - condiciones relacionadas que IMPIDEN el uso del servicio de transporte regular, no solo que dificulten el desplazamiento hacia o desde la parada de autobús.
2. Personas que necesitan un elevador de silla de ruedas y no hay disponible un autobús equipado con elevador de silla de ruedas en la ruta cuando necesitan viajar.
3. Personas que no pueden subir, viajar ni bajar de los autobuses regulares de GCT, aunque puedan llegar a una parada y el autobús esté equipado con un elevador para sillas de ruedas.

¿Qué es el Paratransit?

El Programa Paratransit de Ride Gwinnett es un servicio de Paratransit financiado con fondos públicos, que opera furgonetas accesibles especializadas para personas con discapacidad que no pueden utilizar los autobuses regulares de ruta fija. También se pueden utilizar otros vehículos como taxis, cuando las furgonetas de Paratransit no estén disponibles. Paratransit es un servicio compartido de puerta a puerta que opera dentro del condado de Gwinnett junto con los horarios de servicio de los autobuses de ruta fija.

Revise la información médica proporcionada en la solicitud, complete la certificación según corresponda y firme el documento. La información proporcionada nos ayudará a servir SOLO a aquellos que más necesitan Paratransit.

Certificación de discapacidad

Yo (nombre del profesional autorizado, véase la nota a pie de página anterior),

_____, certifico que

_____(Nombre del paciente) es una persona con una discapacidad grave que ha sido paciente mío desde _____ (Fecha) y cuyo diagnóstico es

Fecha de inicio: _____

Pronóstico: _____

Para las personas con una discapacidad cognitiva o psiquiátrica, indique los códigos Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4.^a edición (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV):

Si el diagnóstico es un trastorno convulsivo o una discapacidad psiquiátrica, ¿se controla actualmente con medicamento?

Indique la capacidad de la persona para realizar de forma independiente las siguientes funciones, utilizando la ayuda de movilidad más eficaz:

	Poca o ninguna dificultad	Molestias o inconvenientes	Dolor intenso y deterioro adicional	Incapaz de hacerlo	No estoy seguro/ no sé
Desplazarse de forma independiente hasta y desde la parada de autobús más cercana hasta $\frac{3}{4}$ de milla con					

acera accesible y rampa de acera					
Esperar diez (10) minutos con buen tiempo en una parada de autobús que no disponga de asiento ni refugio					
Identificar la parada de autobús correcta para subir y bajar					
Subir y bajar tres escalones de 10 pulgadas, utilizando una barandilla si es necesario					
Subir y bajar de un autobús con ascensor o rampa para pasajeros					
Cruzar las calles con seguridad					
Subir y bajar del bordillo de una acera					
Resolver eficazmente problemas o juzgar cuestiones de seguridad					
Pedir, comprender y cumplir las instrucciones para emprender un viaje					
Desplazamientos al aire libre en condiciones climáticas adversas (calor, frío, hielo, nieve)					

¿Existen otros problemas que afecten la capacidad de la persona para desplazarse por la comunidad de forma independiente?

Firmado este _____ día de _____,

20_____

(Firma del profesional autorizado) (Profesión)

(Número de licencia, si aplica)

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono _____ Número de fax: _____