



SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO DE GCT

ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD, POR FAVOR LEA LA GUÍA DEL PASAJERO DEL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE GCT Y ESTA SOLICITUD

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, comuníquese con la Oficina de inscripción/certificación de paratrásito al 770.822.5010 y “presione 3”.

Estimado solicitante:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 es una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas que tienen discapacidades. El objetivo de la ADA es garantizar que las personas con discapacidades específicas tengan igual acceso al transporte público. De conformidad con la ADA, Tránsito del Condado de Gwinnett (GCT) debe proporcionar una variedad de servicios, incluso el servicio de paratrásito. El servicio de paratrásito es un servicio especializado que proporciona un servicio de viaje compartido de origen a destino para personas con discapacidades elegibles que no puedan usar el servicio regular de autobuses de ruta fija.

GCT debe determinar la elegibilidad para el servicio de paratrásito para los solicitantes individuales. Las categorías de elegibilidad para el servicio de paratrásito son las siguientes:

“ELEGIBILIDAD INCONDICIONAL” (o “ELEGIBILIDAD PARA TODOS LOS VIAJES”)

Este resultado correspondería si se determina que no es razonable esperar que el solicitante use el servicio de ruta fija para algún viaje, en virtud de todas las condiciones.

“ELEGIBILIDAD CONDICIONAL” (o “ELEGIBILIDAD PARA ALGUNOS VIAJES”)

Este resultado podría corresponder si se puede esperar razonablemente que la persona use el servicio de ruta fija para algunos viajes (cuando las barreras que entorpecen el viaje no están presentes), pero no se puede esperar que use el servicio de ruta fija en ciertas circunstancias.

“ELEGIBILIDAD TEMPORAL” (o “ELEGIBILIDAD TRANSICIONAL”)

Este resultado podría corresponder si la discapacidad del solicitante es solamente temporal o si se espera que sus habilidades funcionales cambien en el corto plazo. Podría corresponder un plazo de elegibilidad que sea inferior al plazo que se otorga por lo general. La elegibilidad temporal puede ser incondicional o condicional.

"NO ELEGIBLE" (o "ELEGIBLE PARA RUTA FIJA")

Esta determinación correspondería si se determina que es razonable esperar que el solicitante use el servicio de ruta fija cualquier viaje, en virtud de todas las condiciones.

UNA DISCAPACIDAD NO HACE QUE LA PERSONA SEA AUTOMÁTICAMENTE ELEGIBLE PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO. LOS AUTOBUSES DE RUTA FIJA DE GCT SON TOTALMENTE ACCESIBLES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y PARA LAS PERSONAS MAYORES. La elegibilidad para el servicio de paratransito complementario de la ADA se basa en las limitaciones a las habilidades de la persona, no simplemente la presencia de una discapacidad. La elegibilidad se determina con base en su habilidad funcional de viajar o acceder al servicio de autobús accesible con ruta fija. No es una determinación médica; es un análisis de la habilidad funcional. Una discapacidad que hace que viajar sea más difícil, pero no imposible, no lo califica para la elegibilidad.

Si cree que su discapacidad podría caer dentro de una de las categorías descritas anteriormente, debe solicitar una certificación. Las preguntas en esta PARTE A del proceso de solicitud representan el primer paso para que certifique su solicitud de elegibilidad para usar el Servicio de paratransito de GCT. Responda cada pregunta porque la respuesta nos ayudará a determinar el servicio adecuado que se ajuste a sus habilidades.

Es su responsabilidad presentar la PARTE A completa y firmada a GCT. También debe firmar la Página de autorización de este formulario, donde autoriza a su Profesional certificado/licenciado a divulgar información sobre su discapacidad y habilidad funcional para acceder y usar el servicio de autobuses accesibles de ruta fija.

En la Página de autorización, asegúrese de proporcionar información completa sobre el Profesional certificado/licenciado que puede responder adecuadamente las preguntas sobre su discapacidad y su habilidad funcional para viajar. Tenga en cuenta que: la persona que completa la PARTE A de esta solicitud no puede ser la misma persona que completa la PARTE B como Profesional certificado/licenciado.

Se recomienda vehementemente que el Profesional de la salud certificado/licenciado sea alguien que esté familiarizado con su habilidad funcional. En otras palabras, un médico de familia podría tener menos conocimiento sobre una persona que tiene:

- una discapacidad de salud mental, en comparación con un terapeuta, psicólogo o psiquiatra;
- una limitación visual, en comparación con un especialista en movilidad;
- una discapacidad del desarrollo, en comparación con un gestor de caso o especialista en empleo con apoyo;
- una limitación en la movilidad, en comparación con un fisioterapeuta o terapeuta ocupacional.

Envíe la Parte A de la solicitud completa que incluya todas las firmas requeridas a la siguiente dirección:

**Gwinnett County Transit
Re: Paratransit Application Part A
3525 Mall Boulevard, Suite 5-C
Duluth, GA 30096**

Cuando GCT reciba la PARTE A completa, se enviará la PARTE B al Profesional certificado/licenciado que usted haya indicado en la PARTE A. Su solicitud se considerará completa cuando su Profesional certificado/licenciado haya completado y enviado la PARTE B a GCT. GCT proporcionará una decisión sobre su elegibilidad dentro de un plazo de 21 días, una vez que se haya recibido la solicitud completa.

Gracias por su colaboración,

Director del Servicio de paratransito

TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTA SOLICITUD SE REFIEREN A SU HABILIDAD FUNCIONAL PARA USAR EL AUTOBÚS ACCESIBLE DE RUTA FIJA.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA)
FECHA: _____

Por favor, marque una: Solicitud inicial _____ Solicitud de recertificación _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial 2.º _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Número de teléfono: (día) _____ (noche) _____ (cel.) _____

Fecha de nacimiento _____ Masculino _____ Femenino _____

Dirección de correo electrónico para correspondencia (OPCIONAL): _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Número de teléfono de contacto de emergencia: () _____

Parada de autobús más cercana a su residencia. (Si no está seguro, llame al 770.822.5010 y "presione 3").

Nombre de complejo de apartamentos o subdivisión: _____

Calle de intersección importante más cercana: _____

Calle transversal más cercana a su residencia: _____

Por favor, complete la información solicitada.

Enumere los nombres médicos de sus discapacidades o trastornos médicos	¿El trastorno es permanente?	Duración del trastorno	Medicamentos para el trastorno
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

1. ¿Cómo afecta(n) la(s) condición(es) su habilidad para viajar en el servicio regular de autobuses accesibles de ruta fija? Sea muy específico. _____

2. ¿Tiene una **discapacidad cognitiva**? (Alguna vez le han diagnosticado una lesión cerebral traumática o no traumática, retraso mental, inteligencia fronteriza, síndrome de Down, autismo, etc.?) Sí No
Explique: _____

3. ¿Sufrir de alguno de los siguientes? Por favor, marque todas las que correspondan y explique:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| _____ Ataques de pánico | _____ Confusión |
| _____ Alucinaciones | _____ Se agita o enoja con facilidad |
| _____ Delirios | _____ Sufrir paranoia |
| _____ Dificultades de memoria de corto plazo | _____ No puede identificar imágenes |
| _____ Dificultades de memoria de largo plazo | _____ No puede leer o escribir |
| _____ Deambula con facilidad | _____ Dificultad para entender |
| _____ Otros se pueden aprovechar fácilmente de usted | _____ Instrucciones escritas u orales |
| _____ Dificultades visuales | _____ Ansiedad |
| _____ Comportamientos inapropiados | _____ Oye voces |

Explique: _____

4. ¿Sufrir de **convulsiones**? Sí No Si responde Sí, marque todas las que correspondan y explique:

- _____ Gran mal _____ Pequeño mal _____ Lóbulo temporal _____ Lóbulo epiléptico

Explique: _____

5. Cuando tengo una convulsión, yo: (Marque todas las que correspondan)

_____ soy difícil de despertar	_____ necesito atención médica inmediata
_____ me desmayo	_____ tengo la mirada perdida en el horizonte
_____ me duermo	

Explique: _____

6. ¿Con qué frecuencia se producen? _____

7. ¿En la actualidad toma medicación para controlarlas? Sí No

8. ¿Tiene una **discapacidad visual** (que incluye ceguera)? Sí No

Por favor, marque todas las que correspondan y explique en detalle:

_____ Uso lentes de contacto o anteojos.

_____ Puedo reconocer mi parada si se hacen anuncios.

_____ Soy legalmente ciego/a y no puedo distinguir mi parada correspondiente, bajar y transitar la ruta hacia mi destino. No uso un perro guía ni otro animal de servicio o dispositivo de asistencia.

_____ Uso un perro guía u otro animal de servicio, pero necesito paratránsito para llegar a los destinos a los cuales no puedo viajar de forma segura en la ruta.

_____ Puedo escuchar y reconocer fácilmente los sonidos ambientales que me ayudan a determinar los patrones del flujo del tráfico.

_____ No puedo escuchar fácilmente los sonidos ambientales que me ayudan a determinar el flujo del tráfico.

_____ No siempre puedo salir a la calzada antes de que cambie la señal del tráfico.

_____ Necesito un guía vidente que me asista con las siguientes tareas:

9. ¿Tiene una **discapacidad psicológica/mental**? Sí No Si responde Sí, indique la discapacidad y explique cómo le afecta. _____

10. ¿Hay otras discapacidades mentales o físicas que impacten su **HABILIDAD FUNCIONAL** para viajar en el servicio regular de autobuses accesibles de ruta fija? (Ejemplo: dificultad para subir al autobús, esperar en la parada el autobús correcto, subir al autobús, saber cuándo llega a su parada y avisar al conductor que necesita bajarse). Sí No Si responde Sí, explique. _____

11. ¿Puede esperar 30 minutos en una parada de autobús de GCT que **NO** tiene asientos y refugio? Sí No Si responde No, explique. _____

12. ¿Puede esperar 30 minutos en una parada de autobús de GCT que **SÍ** tiene asientos y refugio?

Sí No Si responde No, explique. _____

13. ¿Puede esperar 30 minutos en una parada de autobús de GCT sin asistencia? Sí No Si responde No, explique. _____

14. ¿Qué distancia puede caminar sin asistencia de otra persona?

¿El largo de un campo de fútbol (300 pies)? Sí No

¿Una vuelta alrededor de una pista de 1/4 de milla? Sí No

¿Dos vueltas alrededor de una pista de 1/4 de milla? Sí No

¿Tres vueltas alrededor de una pista de 1/4 de milla? Sí No

¿Puede subir escalones de 12 a 14 pulgadas sin asistencia? Sí No

Si no tiene asistencia, ¿puede tomar el pasamanos para sostenerse? Sí No

15. ¿Necesita subirse al elevador de autobús y tomarse del pasamanos para subir o bajar del autobús? Sí No

16. ¿Usa un dispositivo de movilidad para viajar? Sí No Marque todas las que correspondan.

_____ Bastón blanco

_____ Bastón ortopédico (base con tres o cuatro patas)

_____ Bastón estándar

_____ Andador

_____ Aparatos

_____ Muletas

_____ Silla de ruedas manual

_____ Silla de ruedas motorizada

_____ Escúter

17. ¿Cuál es la altura y el ancho de su silla de ruedas o escúter desocupado?

Altura _____ Ancho _____

18. ¿Cuál es el peso de su silla de ruedas/escúter cuando está ocupado por usted? _____

19. ¿Requiere el uso de un animal de servicio? Sí No Si responde Sí, ¿qué tipo de animal se usa? _____

20. ¿Qué función le proporciona el animal? _____

21. ¿Viaja con un equipo médico portátil? Sí No Si responde Sí, ¿qué tipo de equipo médico portátil? _____

22. ¿Necesita un asistente de cuidado personal (PCA) para viajar con usted para proporcionarle asistencia con el transporte? Sí No Si responde Sí, explique la asistencia específica que necesita.

23. Si no necesita un asistente de cuidado personal para viajar en autobús, ¿es necesario que un cuidador lo reciba cuando baja del autobús? Sí No

24. Si el autobús llega a su destino y el cuidado no está allí para ayudarlo a bajar, ¿a quién se debe contactar? Nombre: _____

Teléfono: _____

Recuerde: si nadie responde en el número de contacto o si se ha desconectado el número, se llamará al DFCS/911 para que asuman la custodia del pasajero.

35. ¿Alguna vez lo han entrenado sobre el uso de cualquier otro sistema de autobuses de públicos? Sí No

36. ¿Cree que podría viajar en un autobús accesible regular de ruta fija si el vehículo de paratransito lo pudiera alcanzar hasta una parada del autobús accesible regular de ruta fija?

Sí No Si responde No, explique cómo restringe esto su discapacidad. _____

37. ¿Cree que podría viajar en un autobús accesible regular de ruta fija si su viaje implicara tomar el autobús accesible regular de ruta fija, bajarse en una parada del autobús y que el vehículo de paratransito lo recogiera en la parada de autobús para que realice el resto del viaje? Sí No Si responde No, explique. _____

38. Por favor, marque todas las que se apliquen a usted:

- Puedo subir, viajar y bajar de un autobús accesible regular de ruta fija.
- Necesito asistencia para entender y usar el sistema de ruta fija.
- Puedo pararme en un autobús en movimiento, sostenerme del pasamanos, si no hay asientos disponibles.
- No tengo la resistencia para viajar distancias largas.
- Puedo usar un teléfono para obtener información del cronograma de autobuses.
- Puedo llegar a la parada de autobús después de que me muestren dónde está.
- Puedo escuchar y comprender el sistema automático de anuncios de ubicación que está en el autobús.

Por favor, explique los puntos marcados anteriormente. _____

A mi leal saber y entender, la información que he proporcionado como parte de esta solicitud se ha registrado adecuadamente. He revisado todas las respuestas y certifico que la información es completa y correcta. Comprendo que cualquier información intencionalmente falsa o engañosa podría dar lugar al rechazo del servicio.

Firma del solicitante, representante o tutor

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA DIVULGAR Y ENTREGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Este Consentimiento para divulgar información médica se va a proporcionar a:

*(POR FAVOR, PROPORCIONE **INFORMACIÓN COMPLETA SOBRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD** QUE VERIFICARÁ LA INFORMACIÓN DE SU SOLICITUD)*

NOMBRE DEL PROFESIONAL LICENCIADO/CERTIFICADO (vea la lista a continuación):

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

N.º DE TEL.: (_____) _____ N.º DE FAX: (_____) _____

Yo, la persona que firma, por el presente doy mi consentimiento para entregar y divulgar la información médica relevante a Servicios de paratransito de GCT como se requiera en la Parte B de esta solicitud con el único fin de determinar la elegibilidad para paratransito en virtud de la ADA. Entiendo que esta información solo se compartirá con las personas que tomen decisiones relacionadas con mi elegibilidad para los servicios de paratransito y con otros proveedores de servicios que la necesiten para facilitar el viaje.

He leído este documento minuciosamente y comprendo que tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto por la información que ya se pudo haber divulgado en virtud de esta autorización.

Firma del solicitante, representante o tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Recuerde:

A continuación hay una lista de los Profesionales certificados/licenciados que están autorizados para completar la Parte B.

Médicos, enfermeros registrados, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, quiroprácticos, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla, maestros de educación especial, enfermeros especializados, médicos asistentes, consejeros de salud mental, especialistas en movilidad/orientación, terapeutas respiratorios, consejeros de rehabilitación vocacional o terapeutas recreativo empleados por un centro médico.

Si alguien que no es el solicitante ha completado esta solicitud/autorización, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre _____

Relación _____

Dirección _____

Número de teléfono del hogar _____

Número de teléfono del trabajo _____

TDD/TTY _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es completa y correcta con base en la información que me ha proporcionado el solicitante o mi propio conocimiento sobre el trastorno médico o la discapacidad del solicitante.

Firma _____ **Fecha** _____

<p>FOR GCT OFFICE USE ONLY:</p> <p>APPROVED _____ CONDITIONAL _____ UNCONDITIONAL _____</p> <p>CODE (S) _____</p> <p>DENIED _____</p> <p>LIST SPECIFIC REASON FOR DENIAL THAT WILL BE STATED ON THE DENIAL LETTER</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>SIGNED _____ DATED _____</p>
--



PARTE B: DEBE COMPLETARLA UN PROFESIONAL ACTUALMENTE CERTIFICADO/LICENCIADO

Si tiene preguntas sobre esta solicitud, comuníquese con la Oficina de inscripción/certificación de paratransito al 770.822.5010 y “presione 3”.

La persona indicada en la solicitud adjunta ha solicitado el Servicio de paratransito complementario de la ADA de Tránsito del Condado de Gwinnett (GCT). Para determinar si es elegible, necesitamos realizarle preguntas al profesional de la salud licenciado/certificado del solicitante sobre sus habilidades funcionales.

UNA DISCAPACIDAD NO HACE QUE LA PERSONA SEA AUTOMÁTICAMENTE ELEGIBLE PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO. LOS AUTOBUSES DE RUTA FIJA DE GCT SON TOTALMENTE ACCESIBLES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y PARA LAS PERSONAS MAYORES. La elegibilidad para el servicio de paratransito complementario de la ADA se basa en las limitaciones a las habilidades de la persona, no simplemente la presencia de una discapacidad. **El factor determinante para decidir si una persona califica para el Servicio de paratransito complementario de la ADA es si la persona puede viajar o acceder funcionalmente al autobús accesible de ruta fija.** No es una determinación médica; es un análisis de la habilidad funcional. Una discapacidad que hace que viajar sea más difícil, pero no imposible, no califica a la persona para la elegibilidad.

Para acelerar el procesamiento de esta solicitud, GCT solicita que complete la Parte B de esta solicitud y la envíe por fax en el plazo de 3 días laborales luego de que la haya recibido su consultorio al 770.246.4780.

Esta parte DEBE ser completada por uno de los siguientes Profesionales actualmente licenciados/certificados:

Médicos, enfermeros registrados, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, quiroprácticos, terapeutas ocupacionales, patólogos del habla, maestros de educación especial, enfermeros especializados, médicos asistentes, consejeros de salud mental, especialistas en movilidad/orientación, terapeutas respiratorios, consejeros de rehabilitación vocacional o terapeutas recreativo empleados por un centro médico.

Gracias por su colaboración,

Director del Servicio de paratransito

SOLICITUD DE PARATRÁNSITO DE GCT
PARTE B: DEBE COMPLETARLA UN PROFESIONAL CERTIFICADO/LICENCIADO

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la última evaluación o interacción con usted del solicitante _____

Por favor, complete la información solicitada.

Enumere los nombres médicos de sus discapacidades o trastornos médicos	¿El trastorno es permanente?	Duración del trastorno	Medicamentos para el trastorno
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

- Por favor, explique el impacto que tiene esta discapacidad en la **habilidad funcional** del solicitante para viajar en un autobús regular de ruta fija de GCT. _____

- Si es una discapacidad temporal, ¿cuándo podrá el solicitante retomar sus costumbres normales de viaje? Por favor, indique la fecha real _____

- ¿En qué circunstancias empeora la discapacidad? _____

- ¿El solicitante tiene la capacidad mental, visual y/o auditiva para:
 proporcionar direcciones y números de teléfono? _____
 reconocer un destino o punto de referencia? _____
 lidiar con cambios inesperados en la rutina? _____
 solicitar, comprender y seguir indicaciones? _____
 viajar de forma segura/eficaz por centros complejos/concurridos? _____
- ¿Hay otras condiciones médicas sobre las cuales GCT debería estar al tanto? Sí No
 Si responde Sí, explique. _____

6. ¿Qué distancia puede caminar el solicitante sin asistencia de otra persona? **Por favor, marque una.**

- ¿El largo de un campo de fútbol (300 pies)? (300 pies) Sí No
- ¿Una vuelta alrededor de una pista de 1/4 de milla? (1320 pies) Sí No
- ¿Dos vueltas alrededor de una pista de 1/4 de milla? (2640 pies) Sí No
- ¿Tres vueltas alrededor de una pista de 1/4 de milla? (3960 pies) Sí No
- ¿Puede subir escalones de 12 a 14 pulgadas sin asistencia? Sí No

7. ¿El solicitante puede subir escalones de 12 a 14 pulgadas con asistencia? Sí No

8. ¿El solicitante usa un dispositivo de movilidad para viajar? Sí No Marque todas las que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Aparatos |
| <input type="checkbox"/> Bastón ortopédico (base con tres o cuatro patas) | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Bastón estándar | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada |
| | <input type="checkbox"/> Escúter |

9. ¿La silla de ruedas o el escúter **ocupado** del solicitante pesa 600 libras o más? Sí No Si responde Sí, ¿cuánto pesa el dispositivo ocupado? _____

10. ¿El solicitante pesa más de 600 libras? Sí No

11. ¿El solicitante requiere el uso de un animal de servicio? Sí No Si responde Sí, ¿qué tipo de animal? ¿Para qué función se entrenó el animal? _____

12. La discapacidad o el trastorno del solicitante evitan que viaje hasta o en un autobús accesible regular de ruta fija? Sí No Si responde Sí, explique. _____

13. ¿El clima tiene un impacto en la habilidad del solicitante para viajar? Sí No Si responde Sí, explique. _____

14. ¿El solicitante necesita un asistente de cuidado personal (PCA) que viaje con él/ella? Sí No Si responde Sí, explique _____

15. ¿El solicitante necesita un cuidador? Sí No

Esta certificación fue completada por:

Escribir en letra de imprenta el nombre del profesional que certifica

Cargo _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. postal _____

Número de teléfono del consultorio () _____ Fax () _____

Dirección de correo electrónico _____

N.º de licencia/certificación _____

¿Qué organización emitió su licencia? _____

Firma _____ Fecha de firma _____

POR FAVOR, ENVÍE POR FAX AL 770.246.4780.