



GWINNETT COUNTY TRANSIT

## Solicitud de Recertificación de Paratransito

Su certificación de Paratransito de Gwinnett County Transit se ha vencido o se vencerá este año. Se requiere que todos los clientes de Paratransito de Gwinnett County Transit presenten una solicitud de recertificación cada tres años o cada vez que ésta expire (por ejemplo- estado de discapacidad temporal). Para evitar la interrupción del servicio, se debe completar una solicitud de recertificación que incluya la Parte B (Licencia/Formulario Profesional Certificado) dentro de los 30 días de su fecha de vencimiento. Las solicitudes que estén incompletas no serán procesadas. No se requerirá una evaluación en persona a menos que su condición médica haya cambiado.

La Solicitud de Recertificación también está disponible en letra grande si así lo pide. La solicitud debe estar escrita o impresa claramente. De lo contrario, se producirá un retraso en el procesamiento.

### **Instrucciones para completar su aplicación de Recertificación**

1. Puede completar esta solicitud usted mismo o con ayuda de alguna persona que esté familiarizado con usted o con su condición. Al completar esta solicitud, tenga en cuenta que mientras más información pueda suministrar, mejor GCT podrá tomar una decisión relacionada a sus necesidades de transporte. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al Departamento de Paratransito de Gwinnett County Transit al 770-246-4770 opción #2.
2. Necesitará que la Parte B (Formulario Profesional con Licencia /Certificado) es completado por un profesional de atención médica para verificar su discapacidad y el efecto que esto pueda tener sobre su capacidad para usar el sistema de autobuses de GCT. Algunos ejemplos de profesionales de la salud que pueden certificar su solicitud incluyen:

Trabajador social clínico, especialista en vida independiente, terapeuta ocupacional, fisiatra, fisioterapeuta, especialista en rehabilitación, audiólogo, oftalmólogo, médico, psicólogo, enfermera registrada o especialista / instructor de movilidad, etc

3. Una vez que la solicitud esté completa, incluido el Formulario de Profesional con Licencia/Certificado, puede enviar la solicitud por fax al Departamento de Paratransito de Gwinnett County Transit al 770-300-9419 o enviarla por correo a:

**Gwinnett County Transit Paratransit Department**

**3525 Mall Boulevard, Suite 5-C**

**Duluth, GA 30096**

4. Su solicitud será revisada y se tomará una determinación de elegibilidad dentro de los veintiún (21) días posteriores a la recepción de su solicitud completa, una entrevista en persona y una evaluación funcional se harán, si es necesario. Recibirá una carta si es o no elegible para continuar con el servicio. Esta revisión estará basada en su capacidad de utilizar el servicio regular de autobuses. La persona que la revise podrá solicitar información adicional ya sea de usted o de su profesional de salud. Tenga en cuenta que la verificación de un profesional de atención médica con licencia no lo califica automáticamente para el servicio de Paratrásito. Según su evaluación en persona, es posible que tenga:
  - Elegibilidad total: Elegible para todas sus necesidades de viaje dentro del área de servicio de GCT Paratrásito (3/4 de milla dentro del servicio de ruta fija).
  - Elegibilidad condicional: Elegible para algunos viajes en GCT Paratrásito dependiendo de la naturaleza de su discapacidad.
  - Sin elegibilidad: no es elegible para Paratrásito
5. Si se determina que no es elegible para los servicios de GCT Paratrásito y no está de acuerdo con la determinación, puede apelar la decisión. Se le enviará información sobre el proceso de apelaciones con su carta de determinación de elegibilidad.

# Solicitud de Recertificación de Paratránsito de Gwinnett County Transit

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

## INFORMACION PERSONAL

### SECCION 1

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

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Dirección

\_\_\_\_\_

Apartamento #: \_\_\_\_\_ Edificio #: \_\_\_\_\_ Código de la Puerta #: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección Postal (Si es diferente a la dirección de su casa):

Dirección

\_\_\_\_\_

Apartamento #: \_\_\_\_\_ Edificio #: \_\_\_\_\_ Código de la Puerta #: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario:  Inglés  Español  Coreano  Vietnamita

Chino  Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE EMERGENCIA**

Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Alguien le ayudó a completar esta forma?  Si  No

¿Podemos contactar a esa persona si se necesita?  Si  No

Si, si, Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor enumere cualquier cambio en su salud que no haya mencionado anteriormente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor notifique a GCT cualquier cambio de salud o de movilidad para poder proporcionarle el vehículo adecuado a su necesidad

¿Necesita la ayuda de un Asistente de Cuidado Personal (PCA)?  Si  No

***PCA es alguien que viaja con usted y lo ayuda con las funciones de su vida cotidiana.***

***Tenga en Cuenta: Es posible que le pidamos viajar con un PCA si su condición o discapacidad es severa.***

LA SIGUIENTE INFORMACION ES USADA PARA ASEGURAR QUE EL VEHICULO APROPIADO ESTE PROGRAMADO PARA SATISFACER SUS NECESIDADES DE TRANSPORTE.

¿Cuál de las siguientes ayudas para moverse usa usted? (Marcar todas las que aplican).

Silla de Rueda Manual  Silla de Rueda Eléctrica  Scooter Motorizado

Oxígeno  Bastón  Muletas  Caminador  Bastón Blanco

Inmovilizador de Pierna  Animal de Servicio

## CERTIFICACION DE LA APLICACION

Por la presente hago constar que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es correcta. Entiendo que esta solicitud será devuelta si no está completa. Además, entiendo que los resultados de esta revisión se basarán en mi capacidad de usar el transporte regular en autobús (GCT) y pueden requerir información adicional de mi parte, como una entrevista telefónica o personal, o una consulta adicional de mi médico u otro profesional. Acepto notificar al servicio de Paratransito de Gwinnett County Transit si ya no necesito servicio por algún motivo, incluido un cambio en mi capacidad de usar el servicio de autobús. También entiendo que el incumplimiento de las pólizas y procedimientos para usar GCT Paratransito puede ser motivo de suspensión o revocar mi elegibilidad para participar en este programa.



Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

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

Si alguien diferente al aplicante completo esta forma por favor díganos:

Nombre de la Persona diligenciando esta aplicación: \_\_\_\_\_

Relación con el aplicante: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## CERTIFICACION DE LA APLICACION

(PARA SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE)

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

Nombre del Profesional quien pueda divulgar mi información médica:

Dirección: \_\_\_\_\_ 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, enfermera registrada o especialista/ instructor de movilidad.

## SECCION 2

### CERTIFICACION PROFESIONAL

El solicitante que pidió que revise la información en la aplicación y que firme este formulario está solicitando elegibilidad para el servicio de Paratrásito de Gwinnett County Transit. Lea la siguiente información cuidadosamente, ya que puede afectar su respuesta.

#### ¿Quién califica para el Paratrásito?

El servicio de Paratrásito está diseñado para servir SOLO a aquellas personas cuya discapacidad les impide usar el transporte público. Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la discapacidad por sí sola no califica a una persona para viajar en Paratrásito. Una persona debe ser FUNCIONALMENTE incapaz de usar el servicio regular de tránsito de Gwinnett County Transit. El servicio se brinda a los siguientes tres grupos de personas con discapacidad:

1. Personas que tienen problemas específicos de discapacidad que no pueden usar el servicio de tránsito regular, y que dificultan el viaje hacia o desde la parada de autobús.
2. Personas que necesitan un elevador de silla de ruedas o un autobús equipado con elevador de silla de ruedas y la ruta no ofrezca estos servicios.
3. Personas que no pueden abordar, viajar o salir de los autobuses regulares de GCT, incluso si estos pueden llegar a la parada de autobús y el autobús este equipado con un elevador de silla de ruedas.

#### ¿Qué es el Paratrásito?

El programa de Paratrásito de Gwinnett County Transit es un servicio financiado con fondos públicos, que opera camionetas especializadas accesibles para personas con discapacidades que no pueden usar autobuses regulares de ruta fija. Otros vehículos como taxis también pueden usarse cuando las camionetas de Paratrásito no están disponibles. Paratrásito es un servicio de puerta a puerta de viaje compartido que opera dentro del condado de Gwinnett junto con los horarios de servicio de los autobuses de ruta fija.

Por favor revise la información médica provista en la solicitud, complete la certificación según corresponda y firme el documento. Esta información nos ayudará a servir SOLO a aquellos que más necesitan Paratrásito.

## Certificación de Discapacidad

Yo (nombre del profesional, *ver nota en la página 5*), \_\_\_\_\_, certifico  
\_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente) tiene una  
incapacidad severa y ha sido mi paciente desde \_\_\_\_\_ (Fecha) y el diagnóstico es

---

---

---

Fecha en la cual comenzó la discapacidad: \_\_\_\_\_.

Pronóstico: \_\_\_\_\_

---

Para personas con discapacidad cognitiva o psiquiátrica por favor provea los códigos DSM-IV:

---

---

¿Si el diagnóstico es desorden convulsivo o una discapacidad psiquiátrica, la condición está controlada con medicamentos?

---

Para personas con discapacidad visual por favor provea una declaración de agudeza visual

---

---

Indique la capacidad del individuo para realizar de forma independiente las siguientes funciones usando la ayuda de movilidad más efectiva:

	Poco o sin dificultad	Molestia y/o Inconveniencia	Dolor severo e incapacidad adicional	No puede realizar	No estoy Seguro/ No sé
Viajar de forma independiente hacia y desde la parada de autobús más cercana hasta $\frac{1}{4}$ de milla con una acera accesible					
Esperar (10) minutos cuando hace buen tiempo en una parada de autobús que no tiene asiento o resguarda					

Identificar la parada de autobús para subirse y bajarse					
Subir y bajar 3 escalones de 10 pulgadas usando el pasamanos si es necesario.					
Subir y bajar de un autobús con el elevador de pasajeros o una rampa					
Cruza las calles de manera segura					
Subir y bajar del borde de la acera					
Efectivamente resuelve problemas o juzga cuestiones de seguridad					
Pide, entiende y lleva a cabo instrucciones al hacer un viaje.					
Viaja al aire libre en climas adversos (caliente, frío, hielo, nieve).					

¿Hay otros problemas que afectan la capacidad del individuo para viajar en la comunidad de manera independiente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firmado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**(Firma del Profesional con licencia)**

\_\_\_\_\_  
**(Profesión)**

\_\_\_\_\_  
**(Número de Licencia si aplica)**

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_