



Formulario de solicitud del servicio de Paratransit

Gracias por su interés en el servicio de Paratransit de Spokane Transit.

Todas las personas que deseen solicitar el servicio de Paratransit deben completar el proceso de elegibilidad que comienza con este formulario de solicitud. Para obtener más información, vea el folleto de Elegibilidad para Paratransit incluido en el formulario de solicitud o vaya a www.spokanetransit.com.

Si tiene preguntas o necesita asistencia para completar este formulario de solicitud, nos encantaría ayudarlo. Si necesita asistencia, llame al (509) 325-6052 o al (509) 232-6303.

INSTRUCCIONES

Antes de enviar el formulario de solicitud, haga lo siguiente:

- Lea el folleto de elegibilidad para Paratransit incluido en el formulario de solicitud.
- Complete las páginas de la 1 a la 5 de este formulario de solicitud. *Escriba en letra de imprenta con claridad.*
- Asegúrese de que la persona solicitante o, si corresponde, el tutor legal o apoderado firme el formulario de solicitud de la página 4. **Se requiere una firma para que se pueda procesar la solicitud.**
 - Si tiene un tutor legal, se requiere que esta persona firme la solicitud.
 - El padre, la madre o el tutor legal de un menor deberá firmar la solicitud.
- Asegúrese de que la página 6 esté completa y firmada por un proveedor de atención médica o de salud mental. (Consulte la lista de proveedores de la página 5).

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA OBLIGATORIA PARA TUTORES LEGALES O APODERADOS

- Proporcione copias de las cartas de tutela vigentes y del documento de la orden judicial de nombramiento de tutela.
- El papeleo del apoderado debe incluir la documentación actual que le da el derecho a dicha persona de firmar un formulario de autorización médica en nombre de la persona solicitante.
 - La Spokane Transit puede requerir documentación escrita que verifique que el poder notarial está vigente.

Las 8 páginas del formulario de solicitud completo deben devolverse al mismo tiempo.

Su solicitud de servicio no estará completa hasta que haya proporcionado toda la información requerida a la STA y haya completado las evaluaciones presenciales necesarias. La evaluación es gratuita y se facilitará transporte en caso de ser necesario.



<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Recertificación
Nro. de identificación _____	Exp.: _____

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE PARATRANSIT

REVISADO EL 1/2017

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección de correo _____ Depto./Piso _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección donde Paratransit lo recogerá (si es diferente a la dirección de correo postal)

Dirección _____ Depto./Piso _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino
DD/MM/AAAA

Teléfono del domicilio (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Dirección de correo electrónico _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____

Teléfono del domicilio (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Indique un contacto alternativo por si no podemos comunicarnos con usted.

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del domicilio (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Al proporcionar números de emergencia o alternativos, autoriza a la STA o a sus representantes a contactar a las personas que indicó respecto a su servicio de Paratransit.

¿Habla y entiende inglés? Sí No (especifique otro idioma abajo)

Nombre de la persona solicitante _____

1. ¿Cuál es su discapacidad o enfermedad limitante? _____

2. ¿Sus limitaciones suelen cambiar debido a los tratamientos médicos, los medicamentos, o por otros motivos? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____

3. ¿Su necesidad de usar el servicio de Paratransit es a largo plazo o temporal?
 Largo plazo Temporal. ¿Cuánto tiempo? _____

4. ¿Su discapacidad/enfermedad limitante afecta a la memoria? Sí No
En caso afirmativo: Memoria a corto plazo Memoria a largo plazo

5. ¿Actualmente utiliza el autobús regular? Sí No
¿Alguna vez ha utilizado el autobús regular sin la asistencia de otra persona?
 Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto hace? _____

6. Indique si puede o no hacer lo siguiente de manera independiente:

	Sí	No	A veces
Ir a la parada de autobús y volver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir y bajar por la rampa de un autobús	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pedir, entender y seguir indicaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planificar, entender y seguir los pasos necesarios para hacer un viaje en autobús	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marcó *no* o *a veces* en la pregunta 6, explique. (Utilice más espacio de la página 8 si es necesario). _____

Nombre de la persona solicitante _____

7. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos o equipos de ayuda para la movilidad utiliza cuando sale de su casa? Marque todas las opciones que correspondan e indique el porcentaje del tiempo que utiliza la ayuda (por ejemplo: bastón de apoyo: 90 %, sin ayuda: 10 %).

Sin ayuda	_____%	Silla de ruedas motorizada	_____%
Bastón blanco	_____%	Escúter motorizado	_____%
Bastón de apoyo	_____%	Silla de ruedas manual	_____%
Muletas	_____%	Otro (especifique)	_____%
Andador	_____%	_____	_____

8. Si marcó más de un dispositivo de ayuda, describa las circunstancias en las que utiliza cada uno. _____

Si utiliza un escúter o una silla de ruedas, pase a la pregunta 10.

9. Cuando **camina** afuera de su casa, ¿qué distancia puede caminar de manera independiente o con la ayuda de un dispositivo para la movilidad como un bastón o andador?

Cantidad de cuadras _____ Menos de 1 cuadra No puede caminar

10. Si utiliza una **silla de ruedas manual**, ¿qué distancia puede recorrer empujándose solo?

Cantidad de cuadras _____ Menos de 1 cuadra No puedo empujarme solo

11. Si utiliza una **silla de ruedas motorizada o un escúter**, ¿qué distancia puede recorrer sin la ayuda de otra persona?

Cantidad de cuadras _____ Menos de 1 cuadra No puedo hacerlo solo

12. Si cumple los requisitos para recibir el servicio de Paratransit, ¿cuáles de las siguientes opciones necesitará?:

	Sí	No	A veces
Utilizar el ascensor para subir a la camioneta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar acompañado de un asistente de cuidado personal (PCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. ¿Hay alguna otra cosa sobre su discapacidad o enfermedad limitante que pueda ayudarnos a entender mejor sus capacidades y limitaciones para viajar? (Utilice más espacio de la página 8 si es necesario). _____

Nombre de la persona solicitante _____

¿**SABÍA QUE...** Spokane Transit ofrece capacitaciones gratuitas para aprender a utilizar el autobús regular? *La participación en las capacitaciones no es un motivo para limitar o rechazar su elegibilidad de Paratransit.*

¿Le interesa? Sí. Un instructor de movilidad de la STA se pondrá en contacto con usted.

No (explique) _____

Acuerdo de la persona solicitante del servicio de Paratransit y autorización para divulgar la información

Al firmar esta solicitud, usted autoriza la divulgación de información de verificación y cualquier otra información a Spokane Transit o sus representantes necesarias para evaluar su elegibilidad para recibir el servicio de Paratransit. Tenga en cuenta que Spokane Transit utilizará sus declaraciones para determinar su elegibilidad para recibir el servicio de Paratransit según lo determina la ley. Las declaraciones aquí presentes son material para la determinación de Spokane Transit, y esta podrá actuar en consecuencia.

Spokane Transit puede compartir la determinación de su elegibilidad con otros proveedores de transporte, si alguno lo pide, para facilitar el transporte en Spokane y otros distritos de transporte.

Los documentos utilizados por Spokane Transit sobre su elegibilidad para los servicios de Paratransit, a excepción de la información proporcionada por su proveedor de atención médica, podrían divulgarse públicamente para responder a una solicitud del registro público según el capítulo 42.56 del Revised Code of Washington (RCW, Código Revisado de Washington). Spokane Transit tratará de avisarle si hay una solicitud del registro público de sus documentos de elegibilidad.

A este formulario debe firmarlo la persona solicitante o, si corresponde, el tutor legal o apoderado de la persona solicitante. Si la persona solicitante es menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal deben firmar este formulario. Si a la solicitud la firma un tutor legal o un apoderado, adjunte la documentación vigente que constata el derecho a firmar.

Por la presente, certifico bajo pena de perjurio y conforme a las leyes del estado de Washington que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma (obligatoria)

Persona solicitante

Tutor legal

Fecha

Apoderado

Nombre en letra de imprenta

Número de contacto

Nombre de la persona solicitante _____

Si una persona que no es la solicitante llena esta solicitud, complete lo siguiente (hágalo en letra de imprenta).

Nombre _____ Número de teléfono que utiliza durante el día _____

Relación con la persona solicitante _____ Agencia _____

Tenga en cuenta lo siguiente: Un proveedor autorizado de atención médica o salud mental que lo conozca a usted y conozca su discapacidad/enfermedad limitante, debe responder las preguntas de la página 6 de este formulario de solicitud. Las profesiones autorizadas se indican a continuación.

Mi proveedor aprobado es (marque la opción que corresponda a continuación):

- Médico (MD o DO)
- Profesional licenciado en salud mental
- Optómetra u oftalmólogo
- Terapeuta físico u ocupacional
- Psicólogo (Ph. D.)
- Enfermero MDS (solo de centros de enfermería especializada)
- Asociado médico o ARNP
- Especialista con certificación en orientación y movilidad

Si se le informó que la verificación médica o de salud mental tiene un costo, llame al (509) 325-6052. Spokane Transit puede identificar un servicio alternativo que no cobre por la verificación requerida.

Solicite a su proveedor autorizado que complete la página 6 de este formulario de solicitud de Paratransit.



Nombre de la persona solicitante _____

VERIFICACIÓN DE UN PROVEEDOR AUTORIZADO

Gracias por completar esta solicitud. Spokane Transit utilizará la información para ayudar a determinar la elegibilidad para recibir los servicios de Paratransit de acuerdo con la Americans with Disabilities Act (ADA, Ley para Estadounidenses con Discapacidades). Paratransit es un servicio financiado con impuestos para las personas que, debido a sus discapacidades o enfermedades limitantes, no pueden viajar en los autobuses regulares de la STA accesibles y equipados con rampas. **La edad, la conveniencia del servicio, el miedo a caerse, la incapacidad para conducir y la incapacidad para llevar paquetes no son factores que califiquen para el servicio de Paratransit.** Si tiene alguna pregunta, llame al (509) 325-6052.

Revise la información proporcionada por la persona solicitante en este formulario de solicitud. Según su conocimiento del trastorno de la persona solicitante, ¿esta información es correcta? Sí No De cierta manera Si marcó *No* o *De cierta manera*, explique: _____

DIAGNÓSTICO/DISCAPACIDAD (no los síntomas)	GRADO DEL TRASTORNO (marque una opción con un círculo)			FECHA DE INICIO (si se conoce)
_____	leve	moderado	grave	_____
_____	leve	moderado	grave	_____
_____	leve	moderado	grave	_____
_____	leve	moderado	grave	_____
_____	leve	moderado	grave	_____

¿La necesidad del servicio de Paratransit de la persona solicitante es temporal? Sí, hasta el _____ No

Si la persona solicitante tiene un trastorno que se espera que mejore, como, por ejemplo, una prótesis de rodilla o un accidente cerebrovascular reciente, ¿cuándo se espera que se estabilice? _____

¿Alguno de estos trastornos es circunstancial o de gravedad variable? Sí (proporcione los detalles abajo) No

Proporcione toda la información adicional que considere pertinente sobre los motivos por los que la discapacidad o enfermedad limitante de la persona solicitante le impedirán utilizar el servicio regular de autobús.

POR LA PRESENTE, CERTIFICO bajo pena de perjurio y conforme a las leyes del estado de Washington que la información proporcionada en el apartado "Verificación de un proveedor autorizado" de esta solicitud es verdadera y correcta.			
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Firma del proveedor autorizado	Especialidad	Fecha	
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Nombre en letra de imprenta	Organización	Teléfono	Fax
_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
Dirección	Ciudad	Estado/Código postal	

PERSONA SOLICITANTE

Gracias por proporcionar la información que la STA necesita para determinar su elegibilidad para el servicio de Paratransit. Después de que Spokane Transit revise su formulario de solicitud completo, se le notificará si se necesita información adicional o si se requiere una evaluación presencial. La STA determinará la elegibilidad en un plazo de 21 días calendario a partir de la recepción de toda la información requerida y se le enviará una notificación por escrito.

Si la determinación final sobre su elegibilidad tarda más de 21 días, le notificaremos que usted puede acceder temporalmente al servicio de Paratransit hasta que se determine su elegibilidad.

Conserve y devuelva las 8 páginas de esta solicitud juntas. Doble el formulario por la mitad y envíelo a la dirección que figura en la última página o envíelo por FAX a (509) 232-6786.



**Paratransit Mobility Center
Spokane Transit – The Plaza
701 West Riverside Avenue
Spokane, WA 99201**

Spokane Transit no discrimina de acuerdo con el título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964 y la Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades). Para obtener más información, visite www.spokanetransit.com.

Todos los números de teléfono son accesibles para las personas con sordera o problemas de audición mediante el sistema de retransmisión de TTY 711.

Si lo solicita, se facilitará este documento en formatos alternativos para las personas con discapacidades. Llame al (509)325-6094 o envíe un correo electrónico a ombudsman@spokanetransit.com.

INFORMACIÓN ADICIONAL

6. _____

13. _____

Otra: _____

Doble por la mitad.

**Paratransit Mobility Center
Spokane Transit – The Plaza
701 West Riverside Avenue
Spokane, WA 99201**

Sello postal
de EE. UU.
obligatorio