

East Bay Paratransit

1750 Broadway
Oakland, CA 94612

Solicitud de elegibilidad en el marco de la Ley sobre estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)

Información personal o de contacto (en letra de imprenta)

Nombre

Apellido

Primero

Segundo

Teléfono durante el día (____) _____ Teléfono celular (____) _____

Teléfono durante la tarde (____) _____ Línea TDD/TTY (____) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Mujer Hombre

Lengua materna (*marcar*) Inglés Otro (*especificar*) _____

Domicilio _____
Número Calle N.º de apartamento

Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal en caso de que sea diferente del domicilio

A/C: _____

Número Calle N.º de apartamento o Apartado postal

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto en caso de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Teléfono durante el día (____) _____ Teléfono durante la tarde (____) _____

Teléfono celular (____) _____ Dirección de correo electrónico _____

Teléfono: (510) 287-5000 o Fax: (510) 287-5069

www.eastbayparatransit.org

Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

Infórmenos sobre su discapacidad o problema médico relacionado con la salud

Responda las siguientes preguntas detalladamente. Sus respuestas específicas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Qué discapacidad o afección de salud incapacitante le **IMPIDE** utilizar los servicios del Distrito de Transporte de Alameda-Contra Costa (Alameda-Contra Costa Transit District, AC Transit) o del Distrito de Transporte Rápido del Área de la Bahía (Bay Area Rapid Transit District, BART) sin la asistencia de otra persona?

2. Explique **CÓMO** la discapacidad o las afecciones de salud incapacitantes que describió anteriormente le impiden utilizar AC Transit o BART sin la asistencia de otra persona.

3. ¿Cuándo tuvo por primera vez las afecciones descritas anteriormente?
 Hace menos de 1 año Hace entre 1 y 5 años Hace más de 5 años
4. Estas afecciones que describió, ¿cambian cada día de forma que afectan su capacidad para utilizar AC Transit o BART?
 Sí, algunos días uso estos servicios y otros días no.
 No, no cambian.
 No lo sé.
5. Las afecciones que describió son:
 Permanentes Temporarias No lo sé
Si son temporarias, ¿por cuánto tiempo cree que continuarán? _____ meses.

Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

Infórmenos sobre sus capacidades y actividades frecuentes

6. ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos especializados o dispositivos de ayuda para la movilidad? (Marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Dispositivos de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para piernas |
| <input type="checkbox"/> Segway
(transportador personal) | <input type="checkbox"/> Otro tipo de asistencia | |

7. ¿Cuánto pesa? _____

8. Marque la casilla que mejor describa su situación actual:

- Vivo de forma independiente (sin la asistencia de otra persona).
- Recibo atención durante las 24 horas o asisto a un centro de enfermería especializada.
- Vivo con miembros de mi familia que me ayudan.
- Asisto a un centro de vivienda asistida.
- Recibo asistencia de una persona que viene a mi hogar para ayudarme con mis actividades cotidianas

9. ¿Qué distancia puede caminar o transportarse en su silla de ruedas o scooter sin recibir ayuda de otra persona?

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| Menos de 1 cuadra _____ | De 3 a 6 cuadras _____ |
| Hasta 2 cuadras _____ | 7 cuadras o más _____ |

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación si tuviera que esperar a la intemperie para que alguien lo lleve? (Marque solo una opción):

- Podría esperar solo/a de diez a quince minutos.
- Podría esperar solo/a de diez a quince minutos únicamente si tuviera algún asiento o albergue.
- Necesitaría que alguien me acompañara porque _____

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación? (Marque solo una opción):

- Nunca usé AC Transit o BART.
- Usé AC Transit y/o BART, pero no lo hago desde el inicio de mi discapacidad o problema de salud.
- Usé AC Transit y/o BART en los últimos seis meses.

Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

Infórmenos sobre sus necesidades de transporte

12. ¿Cómo viaja a sus destinos frecuentes actualmente? Marque todo lo que corresponda.

- Autobuses AC Transit o autobús del programa
(marque con un círculo el que utilice).
¿Cuántas veces por mes? _____
- BART ¿Cuántas veces por mes? _____
- Transporte alternativo East Bay, City u otro programa
(marque con un círculo el que utilice).
¿Cuántas veces por mes? _____
- Taxi Programa de vales o pago completo de la tarifa
(marque con un círculo el que utilice).
¿Cuántas veces por mes? _____
- Manejo solo/a ¿Cuántas veces por mes? _____
- Otra persona maneja ¿Cuántas veces por mes? _____

13. ¿Puede ir a la parada de AC Transit más cercana y volver de ésta a su hogar solo/a?

- Sí No A veces No sé dónde está la parada.

Si la respuesta es no o a veces, marque el motivo:

- Cuestas Bordillos No hay aceras Clima
 Distancia hasta la parada Cruces de calles Otro _____

14. ¿Puede agarrar picaportes, pasamanos, monedas y boletos?

- Sí No A veces No lo sé, nunca lo

intenté Si la respuesta es no o a veces, explique el motivo:

15. ¿Puede pararse y mantener el equilibrio en un autobús AC Transit o en un tren BART en movimiento si se sostiene de un poste o pasamano?

- Sí No A veces No lo sé, nunca lo intenté

Si la respuesta es no o a veces, explique el motivo:

Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

16. Proporcione la dirección de los lugares a los que viaja con más frecuencia.
(Por ejemplo, médico/a, fisioterapeuta, tiendas y demás lugares).

Lugar	Dirección	Ciudad	Número de teléfono (si lo tiene)

17. Agregue cualquier otro tipo de información que le gustaría que sepamos sobre sus capacidades o discapacidades.

18. East Bay Paratransit proporciona material en distintas formas para aquellas personas cuyas discapacidades les impiden leer materiales impresos. Si usted lo necesita, marque el formato que prefiere:

- Correo electrónico Dirección de correo electrónico en letra de imprenta: _____
 Braille
 Archivo de texto en CD
 Cinta de audio

19. Recibe beneficios de Medi-Cal? Sí No

Si la respuesta es sí, proporcione su número de Medi-Cal: _____

20. ¿Cómo se enteró de East Bay Paratransit?

- Personal de EBPT Usuario de EBPT Periódico Feria de la salud
 Profesional de la salud Centro Regional para East Bay (RCEB)
 Otro: _____

Certificación para asistente de atención personal

Un asistente de atención personal es la persona que usted necesita para que lo ayude con sus actividades cotidianas (alimentarse, vestirse, higienizarse, ubicarse, etc.). Un asistente no siempre tiene que ser la misma persona.

Los conductores de East Bay Paratransit no son asistentes de atención personal y East Bay Paratransit tampoco proporciona asistentes.

¿Usted viaja con un asistente de atención personal? Sí No A veces

Si la respuesta es sí o a veces, complete toda la información a continuación y firme.

En letra de imprenta

Nombre del solicitante _____

Explique cómo lo ayuda su asistente _____

Verificación

Certifico que, debido a mi discapacidad, requiero los servicios de un asistente de atención personal para que me ayude regularmente y viaje conmigo en East Bay Paratransit.

Comprendo que la solicitud fraudulenta de viajar con un asistente para evitar el pago de un boleto para un acompañante puede provocar la suspensión del servicio.

Firma _____ Fecha _____

Autorización para la divulgación de información

(El solicitante la debe completar)

Comprendo que quizás sea necesario comunicarse con un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar AC Transit o BART para que colabore en la determinación de elegibilidad.

Por la presente autorizo al siguiente profesional titulado (médico/a, terapeuta, trabajador social, etc.), quien puede verificar mi discapacidad o problema médico relacionado con la salud, a divulgar esta información a East Bay Paratransit. Esta información se utilizará solo para verificar mi elegibilidad para los servicios de transporte alternativo. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento.

Nombre del profesional que puede divulgar mi información médica:

Dirección _____
Calle Ciudad Código postal

N.º de expediente médico o de identificación, si lo sabe _____

Número de teléfono (_____) _____

Número de fax (_____) _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre del solicitante _____
En letra de imprenta

Certificación del solicitante

Certifico que la información en esta solicitud es **verdadera y correcta**. Comprendo que la falsificación intencional de la información ocasionará la negación del servicio. Comprendo que toda la información será confidencial y que solo la información requerida para brindar los servicios que solicito se divulgará a las personas que prestan dichos servicios.

Firma del solicitante _____

Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

¿Alguien lo ayudó a completar este formulario? Sí No

¿Podemos comunicarnos con esta persona para obtener información adicional? Sí No

Firma de la persona que ayuda al solicitante a completar el formulario _____

Fecha _____

Nombre en letra de imprenta _____

Nombre _____ Número de teléfono (____) _____

Relación _____

Comuníquese con el Departamento de Certificación al (510) 287-500 y presione 5 cuando escuche el mensaje grabado para programar la entrevista de evaluación personal.

Traiga su solicitud ADA completa y firmada a la entrevista.

FORMULARIO DE INCLUSIÓN VOLUNTARIA

Tarjeta de Access Card



La tarjeta de Clipper Access ofrece tarifas de descuento para personas con ciertos tipos de discapacidad **solo en transporte público de ruta fija**, como tren, ferri o autobús, en el Área de la Bahía de San Francisco.

Esta tarjeta de descuento no es para servicios de transporte público para discapacitados (paratransit).

Si se aprueban los servicios de transporte público para discapacitados (paratransit) según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), usted será elegible para la tarjeta de Clipper Access. La tarjeta de Clipper Access es para pasajeros elegibles menores de 65 años, a menos que su discapacidad requiera un ayudante, lo que permite a los pasajeros mayores de 65 años permanecer en Clipper Access.

Puede completar este formulario opcional con su solicitud de servicios de paratransit según la ADA o puede optar por solicitar la tarjeta de Clipper Access en una fecha posterior a través de la Solicitud de elegibilidad básica de Clipper Access disponible en [la página de Clipper Access en 511.org](http://la.página.de.Clipper.Access.en.511.org). La tarjeta Clipper Access también exige que haya una foto impresa del pasajero en la tarjeta. El personal de Clipper Access se comunicará con usted para solicitarle una foto si no la envía junto con el formulario de solicitud.

Información del solicitante

Nombre completo (obligatorio): _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (obligatoria): _____/_____/_____

Dirección: _____ N.º de departamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de comunicación preferido (obligatorio): Correo de EE. UU.
Braille (enviado por correo)
Correo electrónico

Lenguaje escrito preferido: Inglés Español Tagalo Chino Otro: _____

Número de teléfono preferido: Particular Celular _____ Adicional: _____

Me gustaría que se envíe mi tarjeta por correo a (obligatorio):

mi dirección que figura arriba

una agencia de transporte público para recogerla

(nombre de la agencia de transporte público) _____

¿Necesita tarjeta de ayudante?: Sí No

Nombre de la agencia de transporte público donde se estableció la elegibilidad para los servicios de paratransit según la ADA: _____

Doy fe de que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que el fraude o la declaración errónea de los hechos me inhabilitará para recibir los beneficios del Programa de Clipper Access. También acuerdo brindar información adicional que se pueda solicitar o permitir que Clipper Access se comunique con la agencia mencionada anteriormente como parte de este proceso. Comprendo que al presentar una solicitud para el Programa de Clipper Access, también acepto el Acuerdo del titular de la tarjeta Clipper y la Política de privacidad de Clipper. Estos están disponibles en [la página de Clipper Access en 511.org](http://la.página.de.Clipper.Access.en.511.org), ClipperCard.com, y se proporcionan con su tarjeta si se aprueba su solicitud. Si se proporciona una tarjeta de ayudante, certifico que permitiré que mi ayudante use esta tarjeta solo cuando se desempeñe como mi ayudante de viaje y yo esté usando mi tarjeta de Clipper Access para pagar mi tarifa. Comprendo que cualquier uso indebido de la tarjeta de ayudante y sus beneficios derivará en la pérdida permanente del privilegio de la tarjeta de ayudante. Además, comprendo que el uso no autorizado de esta tarjeta puede constituir una evasión de tarifas y derivar en una infracción y una multa para el ayudante.

Firma (obligatoria): _____ **Fecha:** _____