



Solicitud de Servicio de paratránsito ADA de START Bus:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) exige que las agencias de transporte público que prestan servicios de ruta fija proporcionen un servicio de "paratránsito complementario" a las personas con discapacidad que no pueden utilizar el servicio de autobús de ruta fija debido a una discapacidad.

El servicio complementario de paratránsito de la ADA debe prestarse dentro de un corredor de $\frac{1}{4}$ de milla a cada lado de un servicio de autobús de ruta fija en las mismas horas y días en que se presta el servicio de ruta fija.

El servicio de paratránsito está diseñado para personas cuya discapacidad o condición incapacitante les impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija accesible o acceder al sistema de autobuses de ruta fija debido a su discapacidad.

LA ELEGIBILIDAD SÓLO PUEDE DETERMINARSE POR TRES CATEGORÍAS: (USDOT 37.123)

- 1. ES INCAPAZ DE COMPRENDER CÓMO REALIZAR LOS VIAJES EN AUTOBÚS DEBIDO A UNA DEFICIENCIA COGNITIVA.**
 - 2. NECESA UN AUTOBÚS CON ASCENSOR Y EL AUTOBÚS QUE NECESA NO TIENE ASCENSOR. (NO SE APLICA EN LA ZONA DE JACKSON).**
 - 3. NO PUEDE IR Y VOLVER DE UNA PARADA DE AUTOBÚS DE FORMA INDEPENDIENTE O NO PUEDE SUBIR Y BAJAR DEL AUTOBÚS. (EL ASCENSOR PUEDE SER UTILIZADO POR AMBULANTES).**
-
- 1. Para solicitar el servicio de paratránsito, complete esta solicitud y guarde esta página como referencia.**
 - 2. Complete y firme el Formulario de Verificación Médica (páginas 8 - 9), ya que es posible que nos pongamos en contacto con su proveedor médico para obtener más información.**
 - 3. Envíe por correo ambas partes de los formularios completados (6 páginas) al Pueblo de Jackson / START Bus a:**

Pueblo de Jackson / START Bus

Dirección postal:

Apartado Postal 1687
Jackson, WY 83001

Dirección física:

55 Karns Meadow Drive,
Jackson, WY 83001



O escaneado y enviado por correo electrónico a:

info@startbus.com

Todas las determinaciones se basan en la información recopilada de su solicitud y formulario de verificación médica.

Los solicitantes que deseen apelar su determinación de elegibilidad recibirán información sobre cómo presentar una
apelación cuando se envíen por correo los resultados de su evaluación.

(ESTA PÁGINA SE HA DEJADO INTENCIONADAMENTE EN BLANCO - NO ENVIAR POR FAX)

TRÁNSITO RÁPIDO DEL ÁREA SUR DE TETON

SOLICITUD DE PARATRÁNSITO ADA

Si es la primera vez que solicita los servicios:

Nuevo sólo admin (_____)

Si vuelve a solicitar servicios:

Recertificación (ID#_____)

Nombre _____

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Dirección _____

Departamento _____

Nombre del complejo de departamentos o instalaciones _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono principal: (_____) - _____ casa celular trabajo

Teléfono secundario: (_____) - _____ casa celular trabajo

Fecha de nacimiento: _____ Hombre Mujer Identidad propia _____

Correo electrónico _____

Dirección postal (si es diferente)

Dirección _____ Dpto _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____

Idioma principal: _____ ¿Necesitará traducción? Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo podemos ayudarle? _____

Si en el futuro necesita información escrita en otro formato, indíquenos su preferencia: _____

Contacto local en caso de emergencia:

Nombre _____ Relación _____

Teléfono principal: (_____) - _____ casa celular trabajo

Teléfono secundario: (_____) - _____ casa celular trabajo

Nombre/parentesco de la persona que ayuda a llenar este formulario: _____

¿Por qué solicita el servicio ADA?

¿Cómo se desplaza actualmente?

- | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En coche | <input type="checkbox"/> Taxi | <input type="checkbox"/> ADA |
| <input type="checkbox"/> Alguien me lleva | <input type="checkbox"/> Autobús | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Uber/Lyft | | |

¿Cuál es la intersección principal más cercana a su domicilio?

¿A qué distancia se encuentra la parada de autobús más próxima a su domicilio? _____

¿Puede desplazarse hasta esta parada de autobús? Sí No

En caso negativo, ¿qué le impide hacerlo? _____

¿Cuándo utilizó por última vez el autobús de ruta fija? _____

¿A dónde va actualmente y cómo llega? _____

Si ya no utiliza el servicio de ruta fija, explique por qué.

¿Necesita ayuda para lo siguiente cuando viaja?

Llegar a/desde las paradas de autobús: Siempre Nunca A veces _____

Subir/bajar de un autobús con características de accesibilidad (rampa/elevador): Siempre Nunca A veces _____

Saber a dónde tiene que ir: Siempre Nunca A veces _____

¿Cuál de las siguientes ayudas para la movilidad utiliza cuando viaja en transporte público? (Marque todas las que procedan)

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas extragrande | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | |

¿Qué discapacidad o problemas de salud le IMPIDEN utilizar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona?

¿Cuándo experimentó por primera vez las condiciones descritas anteriormente?

Hace 0-1 años hace 1-5 años hace más de 5 años

¿Son estas condiciones Permanentes Temporales (en caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo?) _____

¿Los efectos de estas condiciones varían de un día para otro? Sí No

¿Los problemas de salud mencionados inhiben su capacidad para realizar tareas de autocuidado o tareas relacionadas con la vida independiente? Sí No

Es capaz de:

¿Leer un horario de autobuses? Sí No

¿Contactar con START para consultar la planificación del viaje? Sí No

¿Esperar 15 minutos de pie en una parada de autobús? Sí No

¿Esperar 15 minutos sentado en una parada de autobús? Sí No

¿Determinar el precio del boleto de autobús? Sí No

¿Entregar el boleto/pase al operador del autobús? Sí No

¿Utilizar un dispositivo móvil para escanear su boleto digital? Sí No

¿Encontrar un asiento en el autobús? Sí No

¿Reconocer puntos de referencia? Sí No

¿Seguir instrucciones en caso de emergencia? Sí No

¿Determinar un nuevo plan cuando comete un error? Sí No

Explique cualquier respuesta negativa:

Cuando se desplaza fuera de su domicilio utilizando el dispositivo que utiliza con más frecuencia, es capaz de:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Cruzar un cruce con mucho tráfico? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Dirigirse a su destino al salir del vehículo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Subir o bajar cuestas? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Se desplaza por zonas sin bordillos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar de noche? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar cuando hace frío? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar cuando hace calor? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar con mucha luz? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar cuando llueve o nieva? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en la pérdida de los servicios de ADA.

Firma del solicitante (o tutor legal)

Fecha

TRÁNSITO RÁPIDO DEL ÁREA SUR DE TETON (START, en inglés)

Formulario de verificación médica profesional de la ADA

Proveedores de atención médica que completen este formulario (deben estar tratando la discapacidad por la cual el solicitante solicita el servicio de paratránsito):

Médico	Especialista en orientación y movilidad	Quiropráctico
Psiquiatra/Psicólogo Enfermero	Terapeuta respiratorio	Trabajador social (MSW)
Registrado/PA/NP PT / OT/ SLP	Optometrista/Oftalmólogo	Clínico de salud mental Consejero de rehabilitación

Nombre/Credencial del profesional: _____

Número de licencia del profesional: _____

Número de teléfono _____

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es una ley de derechos civiles que exige que las agencias de transporte público proporcionen servicio de paratránsito a las personas cuyas discapacidades les impidan utilizar el servicio de autobús de ruta fija accesible parte o todo el tiempo. La información que nos proporcione nos permitirá tomar una decisión adecuada para este solicitante. Toda la información será confidencial. Gracias por su ayuda.

El servicio de paratránsito ADA está diseñado para personas que no pueden utilizar el sistema de autobuses de ruta fija accesible debido a:

- a) deficiencias físicas, cognitivas o visuales que requieren la ayuda de otra persona para viajar
- b) impedimentos relacionados con viajes accesibles a/desde lugares de embarque

Autorización para la divulgación de información

Por la presente autorizo al profesional arriba mencionado a proporcionar información sobre mi discapacidad y mis habilidades para utilizar el servicio de autobús de ruta fija accesible para Southern Teton Area Rapid Transit (START) y/o personas que ayuden a START a determinar mi elegibilidad para el servicio ADA. Entiendo que esta información se utilizará únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad para el servicio de ADA y que toda la información médica acerca de mi discapacidad se mantendrá confidencial.

También entiendo que, sin costo alguno para mí, START Bus puede requerir que yo participe en una evaluación en persona de mis habilidades de viaje y estoy de acuerdo con dicha evaluación.

Firma del **solicitante** o tutor legal

Fecha

*****LOS FORMULARIOS DE VERIFICACIÓN MÉDICA QUE CAREZCAN DE FIRMA Y NÚMERO DE LICENCIA NO PODRÁN SER PROCESADOS***.**

Por favor, devuelva este formulario al solicitante una vez completado O escaneado y enviado por correo electrónico a info@startbus.com.

Esta página debe ser completada por el **PROVEEDOR MÉDICO** con respecto a la capacidad del solicitante para utilizar el servicio de autobús de ruta fija. (tenga en cuenta que todos los autobuses de ruta fija START son accesibles)

Nombre del solicitante: _____ (fecha nac. _____) **Teléfono** _____

1. ¿Cuánto tiempo ha estado este solicitante bajo su cuidado? _____
2. Fecha de la visita más reciente: _____
3. ¿La discapacidad del solicitante le impide ir y venir en autobús?
 Sí A veces No
4. En caso afirmativo o a veces, **por favor explique** cómo la discapacidad o las condiciones relacionadas con la salud del solicitante impiden el uso del sistema de autobuses públicos de ruta fija accesible:

5. **¿Necesita este solicitante que alguien le asista en todo momento?** Sí No

6. Tiene el solicitante capacidad mental, visual y/o auditiva para:

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ¿Pedir, comprender y seguir instrucciones? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Pedir ayuda a las fuentes adecuadas? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Juzgar el flujo de tráfico para cruzar con seguridad una calle principal? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Desplazarse con seguridad por instalaciones abarrotadas/complejas? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Reconocer un destino o punto de referencia? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Indicar a un operador de autobús para bajarse en la parada de destino? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Filtrar el ruido ambiental? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

7. Sólo en caso de discapacidades visuales: N/A

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ¿El solicitante es capaz de localizar escalones o bordillos? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Le afecta la luz solar intensa? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Está limitado por condiciones de poca luz? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿La visión del solicitante se ve afectada durante la noche? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

8. Con respecto a la movilidad de este solicitante, UTILIZANDO SU AYUDA PARA LA MOVILIDAD según sea necesario, ¿el solicitante es capaz de

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|
| ¿Desplazarse al aire libre en su propiedad? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Caminar hasta 1 cuadra? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Hasta 3 manzanas? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Estar de pie hasta 15 minutos con apoyo? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Estar de pie hasta 15 minutos sin apoyo? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| ¿Subir o bajar cuestas? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

9. Estos impedimentos son

Estables Progresivos Degenerativos Temporales, duración: _____

10. ¿Influye el clima en la capacidad del solicitante para viajar? No Viento

Frío <30º <40º < 50º

Calor >70º >80º > 90

Firma del proveedor _____

Fecha: _____