



## **Solicitud de Servicio de paratransito 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 "paratransito 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 paratransito de la ADA debe prestarse dentro de un corredor de  $\frac{3}{4}$  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 paratransito 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. NECESITA UN AUTOBÚS CON ASCENSOR Y EL AUTOBÚS QUE NECESITA 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 paratransito, 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:

Si vuelve a solicitar servicios:

☐ **Nuevo** sólo admin (\_\_\_\_\_)

☐ **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 rellenar 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:   | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces _____ |
| Subir/bajar de un autobús con características de accesibilidad (rampa/elevador): | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces _____ |
| Saber a dónde tiene que ir:  | <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> A veces _____ |

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

☐ Ninguno

☐ Bastón

☐ Bastón blanco largo

☐ Oxígeno portátil

☐ Silla de ruedas manual

☐ Silla de ruedas eléctrica

☐ Scooter eléctrico

☐ Silla de ruedas  
extragrande

☐ Tablero de comunicación

☐ Animal de servicio

☐ Prótesis

☐ Andador

☐ Muletas

☐ Otro: \_\_\_\_\_

**¿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 paratransito):**

Médico	Especialista en orientación y movilidad	Quiropráctico
Psiquiatra/Psicólogo Enfermero		Trabajador social (MSW)
Registrado/PA/NP PT / OT/	Terapeuta respiratorio	Clínico de salud mental
SLP	Optometrista/Oftalmólogo	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 paratransito 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 paratransito 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](mailto: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** ☐ <30°    ☐ <40°    ☐ < 50°      **Calor**   ☐ >70°   ☐ >80°   ☐ > 90

**Firma del proveedor** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_