

## Okanogan County Transit Authority (TranGO)

Estimado Aplicante:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990 es una ley federal que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad. Uno de los principios fundamentales de la ADA es para asegurar que todas las personas tengan acceso al transporte público. Tal como lo requiere la Ley de Estadounidenses con Discapacidad, todos los vehículos e instalaciones del TranGO son totalmente accesibles y utilizables por personas con discapacidad.

El servicio de autobús del TranGO se supone que es la primera elección a todos para el transporte público. Los autobuses tienen una baja entrada y están equipadas con rampas de acceso para minusválidos y de las personas que no pueden subir o bajar. Otras comodidades, tales como fijación de sillas con ruedas, anuncios y de la parada de autobús, haciéndolo que el uso del servicio regular de autobús de TranGO es la primera opción para muchas personas con discapacidad.

El tener una discapacidad no califica automáticamente para paratransito. Por otra parte, los requisitos no es una decisión médica o un servicio que su profesional médico le puede recetar. Edad, nueva en el área, falta de experiencia montando en el autobús, falta de servicio regular de autobús acerca de usted, la incapacidad de llevar comida o de los paquetes, y/o incapacidad para conducir no son discapacitados. Situaciones como estas no se utilizará para determinar su elegibilidad para el servicio paratransito.

La elegibilidad para el servicio paratransito se basa en su capacidad funcional para uso del servicio regular de los autobuses de TranGO. Si los efectos de su discapacidad le impiden viajar a una parada de autobús, montándose en un autobús equipado con rampa y/o al bajar del autobús y a su destino, usted puede ser elegible para servicios paratransitos del TranGO. Las determinaciones de elegibilidad se basan en las limitaciones causadas por su discapacidad(es) y están adaptados a sus capacidades individuales. Usted puede calificar para parcial (condicional) o servicio total (incondicional).

TranGO necesita información específica de los efectos de la discapacidad. Después de enviar la aplicación, es posible que se le pida que proveer información adicional y/o pedido de venir hasta TranGO para una evaluación en-persona. No hay costo para participar en la evaluación y, si es necesario, el transporte será proveído.

(otro lado)

Su aplicación no se considerará completa hasta que se ha participado en las evaluaciones necesarias y proveído toda la información solicitada de TrangGO.

Attentamente,



Kelly Scalf  
General Manager  
TranGO Paratransit

A petición de los interesados, formatos alternativos de la información será producido para las personas con discapacidad. Por favor llame al (509) 557-6177 o TTY WA relé 711.

## Aplicación para Servicio Paratránito

Si los efectos de su discapacidad le impiden montar el autobús regular de TranGO, usted puede ser elegible para el servicio paratránito de TranGO. La determinación de elegibilidad se base en las limitaciones causadas por su discapacidad y está adaptada a sus capacidades individuales. Usted puede calificar para parcial (condicional) o servicio total (incondicional).

### Para aplicar:

- La aplicación adjuntada tiene 8 páginas. Por favor asegúrese que TODAS las secciones estén completadas.
- Llene la aplicación adjuntada o le pide a alguien que ayude. Agregue páginas adicionales si es necesario.
- Lea **PARTE 2** completamente. Firme en la caja en la página 6. Se requiere una firma antes de que una aplicación pueda ser procesada. Padres de menores y guardianes legales tienen que firmar la aplicación.
- **PARTE 3**, páginas 7 & 8 – Verificación Profesional – tiene que estar **completada y firmada por un médico licenciando o profesional de salud mental**. (Véase la lista de profesionales aprobados arriba de la página 7.)
- Devuelve la aplicación completa a la dirección en la forma. (Véase la debajo de la página 8.)
- TranGO puede necesitar información específica de los efectos de su discapacidad. Se puede pedido proveer información adicional y/o participar en una evaluación funcional física o cognitiva.

**Su aplicación no estará considerada completa hasta que toda la información pedida esta proveído a TranGO y usted ha completada una evaluación en-persona o cognitiva si una se requiere. No hay costo para la evaluación y transporte estará proveído se sea necesario.**

TranGO procesará su aplicación y le avisará dentro de un plazo de 21 días a partir de recibir de su aplicación. Una aplicación completa puede incluir una evaluación en-persona o evaluación cognitiva si es necesario y la información adicional solicitada.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al (509) 557-6177 o TTY WA relé 711.

A petición de los interesados, formatos alternativos de esta información será producido para las personas con discapacidad.

Por favor llame al (509) 557-6177 o TTY WA relé 711.



# Aplicación para Servicio Paratránito

Drafted 06/2015

<input type="checkbox"/> New
<input type="checkbox"/> Recertification
ID# _____

POR FAVOR LETRA CLARAMENTE

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Medio \_\_\_\_\_

Dirección de Correo \_\_\_\_\_ Apt./Esp. # \_\_\_\_\_

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

Dirección Física \_\_\_\_\_ Apt./Esp. # \_\_\_\_\_  
(Si sea diferente de la del correo)

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

<b>Completa solamente si la tarjeta de Certificado de Elegibilidad para Paratránito va a estar mandado a una otra dirección de correo diferente.</b>
Nombre _____
Dirección _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Hombre  Mujer

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

Dirección de Email \_\_\_\_\_

Habilidad de Idioma: ¿Puede hablar y entender inglés?

Si  No (indique idioma que hable): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Celular \_\_\_\_\_

**Es importante que todas partes de esta aplicación están completas. Una aplicación incompleta le estará devuelto.**

**Parte 1** (Por favor conteste todas las preguntas a fondo.)

1. ¿Puede viajar en el autobús regular sin ayuda de otra persona?

- Si       No       A Veces

2. ¿Cuáles son sus condiciones físicas, cognitivas (pensar, razonar, memoria), discapacidad de salud mental u otras condiciones de salud que le impiden viajar el autobús regular?

---

---

---

3. Explique como su discapacidad le impide de:

- a. Subirse o bajarse de un autobús regular equipado con rampa; y/o
- b. Llegar a o de una parada de autobús; y/o
- c. Viajando con éxito en el autobús.

Explique la más completa que sea posible. Utilice una página adicional si es necesario.

---

---

---

---

4. ¿Es su necesidad de servicio de paratransito servicio temporal o a largo plazo?

- Largo Plazo       Temporal—¿por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

5. ¿Sus **limitaciones** cambian a veces por causa de tratamientos médicos, medicaciones, o por otras razones?

- No       Si—¿Cómo? \_\_\_\_\_

6. ¿Debido a su incapacidad, las **condiciones del tiempo** (tales como calor, frio, lluvia, nieve, o hielo) impide el uso del autobús sin la ayuda de otra persona?

- No       Si—¿Cuales? \_\_\_\_\_  
¿Cómo? \_\_\_\_\_

7. ¿Debido a su incapacidad, las **condiciones del terreno** (tales como colinas, superficies irregulares o bordillos) impide el uso del autobús sin la ayuda de otra persona?

- No       Si—¿Cuales? \_\_\_\_\_  
¿Cómo? \_\_\_\_\_

8. Cuando se camina fuera de su casa, ¿cuán lejos puede caminar por su propia cuenta o con el uso de una ayuda de la movilidad como una lata o caminador? Si utiliza un scooter o silla de ruedas, no conteste esta pregunta.

Numero de barridasas \_\_\_\_\_  Menos que una barrida  No puedo andar una distancia.

9. ¿La distancia de que pueda caminar cambia por causa de condiciones médicos? Si así es, ¿como? \_\_\_\_\_

10. ¿Cuán lejos es su residencia a la parada del autobús más cerca? (Para información de las paradas, llame a 557-6177)

Numero de barridasas \_\_\_\_\_  Menos que un barrida

11. Por favor conteste las preguntas siguientes:

**Si**      **No**      **A Veces**

- |                          |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede pararse por 10 minutos al esperar para un autobús?                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede sentarse por 10 minutos al esperar para un autobús?                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede pedir, entender, y seguir direcciones?                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se puede hacer frente a problemas inesperados o cambios en su rutina?         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se puede reconocer lugares (es decir banco, tienda)?                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede decir la hora?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se puede cruzar una calle muy transitada donde hay camino para cruzar?        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se puede usar el teléfono para hacer y recibir llamadas?                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Puede ver suficientemente bien para caminar o viajar a una parada de autobús? |

Siempre      Durante el Día solamente—por favor explique:

- 
- |                          |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usa un animal de servicio para asistirle? Si es así, ¿que tipo de animal?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Viaje con oxígeno portable?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Si esté elegible para el servicio paratransito, necesitará viajar con un ayudante (Asistente para el Cuidao Personal)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Si esté elegible para el servicio paratransito, necesitará usar una subida para montar el van o autobús?               |

Si marcó "A Veces" en cualquier de los de arriba, por favor explique (use una página extra si necesita).

12. ¿Cuál de las siguientes ayudas de movilidad o el equipo que se utiliza cuando se viaja fuera de su casa? Marque **todo** lo que aplique e indique el **porcentaje de tiempo** que se utilice la ayuda (por ejemplo: caña de apoyo, el 90%, no ayuda, 10%).

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No ayudante _____%   | <input type="checkbox"/> Silla con Ruedas motorizado _____% |
| <input type="checkbox"/> Bastón Blanco _____% | <input type="checkbox"/> Escúter motorizado _____%          |
| <input type="checkbox"/> Caña de Apoyo _____% | <input type="checkbox"/> Silla con Ruedas manual _____%     |
| <input type="checkbox"/> Crutches _____%      | <input type="checkbox"/> Orto (Por favor especifica) _____% |
| <input type="checkbox"/> Andador _____%       |   |

Si había marcado más que una caja, explique cuando/como usa las ayudas:

---

---

---

---

13. Si usa una **silla con ruedas** o un **escúter**, ¿es más que 30 pulgadas de ancho y 48 pulgadas de largo?

- Si       No      Especifica las dimensiones \_\_\_\_\_

14. ¿Es el peso de la combinación de usted y la silla o escúter más que 600 libras?

- Si       No Especifica el peso combinado \_\_\_\_\_

15. ¿Si usa una **silla con ruedas manual**, eres capaz de auto-propulsión?

- Si ¿Cuán lejos? \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_
- No Por favor explique \_\_\_\_\_

16. ¿La distancia que pueda viajar en una silla manual cambia por causa de condiciones de salud?

- Si       No Si es así , explique \_\_\_\_\_

17. Si usa una **silla con ruedas manual**, ¿cuán lejos viajar afuera de la casa sin la ayuda de otra?

\_\_\_\_\_ # de barriadas      \_\_\_\_\_ Menos que 1 barriada      \_\_\_\_\_ No puedo viajar ninguna distancia

18. ¿Hay información adicional de su condición o restricciones que no está mencionada arriba? \_\_\_\_\_

---

---

---

19. ¿Alguna vez has montado el bus regular sin ayuda de alguien?

- Si (Si es así, ¿Por cuánto tiempo montaba? \_\_\_\_\_)  No

20. ¿Monta el bus regular actualmente?

- Si  No (Si no, marque todos los que apliquen)
- Tengo dificultad subiendo y saliendo del bus
  - Tengo dificultad viajando en rutas específicas del bus
  - Tengo dificultad viajando a y de las paradas del bus
  - Tengo dificultad reconociendo las paradas del bus

21. ¿Podría montarse el bus regular si hubiera una parada o una ruta del bus acerca de su casa?

- Si, siempre  Si, a veces  No, explique \_\_\_\_\_
- 

22. ¿Puede usted encontrar su camino hacia y desde la parada de autobús regular sin la ayuda de alguien?

- Si  No (Si no, marque todos los que apliquen)
- Me confunde
  - No me acuerdo donde voy
  - Necesito a alguien que me ayude a llegar a la parada
  - Necesito a alguien que me ayude a transferir a otro autobús
  - Otra \_\_\_\_\_
- 

23. ¿Qué formación ayudaría a aprender a viajar en el autobús regular?

Marque todo lo que corresponda.

- Subir o bajar del autobús
  - Montar las rutas de autobuses específicas
  - Viajar hacia y desde las paradas de autobús
  - El uso de rampas para sillas de ruedas y otras funciones de accesibilidad
  - Reconociendo las paradas de autobús
  - Otra \_\_\_\_\_
-



## Representante

Si una persona distinta del solicitante había llenado esta aplicación, por favor complete el siguiente (en letra de imprenta).

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono del Día \_\_\_\_\_

Relación al Solicitante \_\_\_\_\_ Agencia \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Parte 2: Acuerdo De Servicio & Autorización para Servicio Paratrásito para Divulgación de Información del Solicitante

**Al firmar abajo, usted autoriza la divulgación de información de verificación y cualquier otra información a TranGO o sus representantes necesarias para evaluar su elegibilidad para recibir el servicio paratrásito.**

Por favor, tenga en cuenta que TranGO utilizará sus estados de cuenta para determinar su elegibilidad para servicio paratrásito como dispuesto por la ley. Las declaraciones contenidas en este documento son materiales para la determinación de TranGO y TranGO pueden actuar en confianza sobre eso.

Al proporcionar información falsa se puede castigar con multa o prisión (RCW 9A-72.085 y RCW 40.16.030).

TranGO puede compartir su determinación de elegibilidad con otros proveedores de transporte, previa solicitud, para facilitar los viajes en el condado de Okanogan y otros distritos de tránsito.

Documentos utilizados por TranGO con respecto a su elegibilidad paratrásito, con la excepción de la información recibida por su profesional médico, puede estar sujeto a la divulgación pública en respuesta a una solicitud registros publicos de conformidad con el Capítulo 42.56 RCW. TranGO intentará notificarle que según un pedido de registros públicos para sus documentos de elegibilidad.

**Este formulario debe ser firmado por el aplicante o por la persona que ha designado poder, o es un tutor legal para el solicitante. Si el solicitante es menor de 18 años de edad, el padre o tutor legal debe firmar este formulario. Si el solicitante es mayor de 18 años de edad y que está firmando como un poder legal o tutor legal, debe incluir una copia del documento que autoriza.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Applicante**

**Designado Poder**

**Tutor Legal**

Nombre Letrado \_\_\_\_\_ Número de Contacto \_\_\_\_\_

**Por la presente certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.**

Un profesional médico o de salud mental con licencia que esté familiarizado con usted y su discapacidad debe completar las preguntas que quedan en las páginas 7 y 8 de esta solicitud. Si le han dicho que hay un cargo para la obtención de la verificación médica o de salud mental, llamada (509) 557-6177 o TTY Wa Relay 711. TranGO puede ser capaz de identificar un servicio alternativo que no cobra para la verificación requerida. Véase la parte superior de la página siguiente para obtener una lista de profesionales autorizados.

**SOLICITANTE, POR FAVOR PARE AQUÍ**

Applicant's Name \_\_\_\_\_

### Part 3: Licensed Medical or Mental Health Professional Verification

For the purpose of this application, licensed medical or mental health professionals are limited to  
(Please check one)

- Medical Doctor (MD or DO)
- Psychologist (Ph.D.)
- Licensed Mental Health Professional
- MDS Nurse (From Skilled Nursing Facilities Only)
- Optometrist or Ophthalmologist
- Physician Assistant or ARNP
- Physical or Occupational Therapist
- Certified Orientation & Mobility Specialist

**INSTRUCTIONS** If the Applicant is your current patient or client, please answer the following questions. All health care information will be kept confidential.

Please note that Paratransit is a costly, tax-supported service. We need your assistance to assure that eligibility is limited to people who, because of the effects of their disabilities, are not able to ride the substantially less expensive regular bus. Age, convenience of the service, fear of falling, inability to drive, and inability to carry packages are not qualifying factors for Paratransit service. Please call (509) 557-6177 or TTY WA Relay 711 if you have any questions.

In completing the required information, please **list only the disability diagnoses that would prevent the Applicant from independently getting to or from or successfully riding a regular, ramp-equipped TranGO bus.** Please define the degree of impairment and include measure(s) of visual or hearing acuity, GAF or IQ scores, if applicable.

DIAGNOSIS/DISABILITY (not symptoms)	DEGREE OF IMPAIRMENT (circle one)	DATE OF ONSET (if known)
_____	mild   moderate   severe	_____
_____	mild   moderate   severe	_____
_____	mild   moderate   severe	_____
_____	mild   moderate   severe	_____
_____	mild   moderate   severe	_____
_____	mild   moderate   severe	_____

Is the Applicant's need for Paratransit service temporary?  No  Yes - Until \_\_\_\_\_

Are any of these conditions episodic or variable in their severity?  No  Yes - Provide details below

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please provide any additional information that you deem relevant as to why this Applicant cannot use the regular bus service \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

Please review the information contained in Part 1, as provided by the Applicant or Applicant's Representative. Based on your knowledge of the Applicant's condition, is the information provided accurate?

Yes       No       Somewhat

If you checked No or Somewhat, please explain \_\_\_\_\_

---

---

---

**I HEREBY CERTIFY** under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided on the Professional Verification portion of this application is true and correct.

---

<b>Licensed Professional's Signature</b>	<b>Specialty</b>	<b>Date</b>
--	------------------	-------------

Printed Name \_\_\_\_\_

Organization \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City/State/Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Would you like additional information regarding Paratransit Services and eligibility criteria?

Yes       No

Thank you for your assistance in completing this form. TranGO, in accordance with the Americans with Disabilities Act of 1990, will use the information provided to determine the applicant's eligibility for Paratransit Services.

**Return application to:    Okanogan County Transit Authority (TranGO)**  
**Attn: Paratransit Services**  
**P.O. Box 507**  
**Okanogan, WA 98840**  
**Fax: (509) 315-2548**

— — — — — Please Fold in Half — — — — —

Return Address:

---

---

---

┌ — — ┐  
| 1st Class |  
| Postage |  
| Required |  
└ — — ┘

Okanogan County Transit Authority (TranGO)  
Attn: Paratransit Services  
P.O. Box 507  
Okanogan, WA 98840