

**Autoridad de Tránsito del Condado de Okanogan
(Okanogan County Transit Authority) / TranGO**

Estimado Solicitante:

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 regular de autobús de TranGO está destinado a ser la primera opción de todos para el transporte público. Los autobuses tienen un escalón de entrada bajo y están equipados con rampas para acceso para sillas de ruedas y para aquellos que no pueden subir o bajar. Otros alojamientos, como áreas de aseguramiento de sillas de ruedas y anuncios de la parada de autobús, hacen que el uso del servicio de autobús regular de TranGO sea la primera opción para mucha gente con discapacidades.

Tener una discapacidad no lo califica automáticamente para la elegibilidad de paratransito. Además, la elegibilidad no es una decisión médica o un servicio que su médico profesional puede recetar. Edad, nuevo en el área, falta de experiencia montando el autobús regular, falta de servicio de autobús regular cerca de usted, incapacidad para llevar comestibles o paquetes, y/o incapacidad para conducir no son discapacidades. Situaciones como estas no serán utilizado para determinar su elegibilidad para paratransito.

La elegibilidad para paratransito se basa en su capacidad funcional para usar el servicio del autobús regular de TranGO. Si los efectos de su discapacidad le impiden viajar a una parada de autobús, viajar en un autobús equipado con rampa y/o al bajarse del autobús y dirigirse a su destino, usted puede ser elegible para servicios paratransitos del TranGO. Las determinaciones de elegibilidad se hacen en base según las limitaciones para viajar en autobús causadas por su(s) discapacidad(es) y se adaptan a sus habilidades individuales. Puede calificar para parcial (condicional) o total (incondicional) Servicio.

TranGO necesita información específica sobre los efectos de su discapacidad. Después de enviar su solicitud, es posible que se le pida que proporcione información adicional y/o que ven a TranGO para una evaluación en persona. No hay ningún costo para participar en la evaluación y, si es necesario, se proporcionará transporte.

Su solicitud no se considerará completa hasta que haya participado en evaluaciones requeridas y proporcionó toda la información solicitada a TranGO.

Sinceramente,

Brent Timm
Gerente General
TranGO Paratransito

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 relay 711.





Solicitud para Servicio de Paratransito

Si los efectos de su discapacidad le impiden viajar el autobús regular de TranGO, usted puede ser elegible para el servicio paratransito de TranGO. La determinación de elegibilidad se base en las limitaciones causadas por su discapacidad y se adaptará individualmente a tus habilidades. Puede calificar para parcial (condicional) o completo (incondicional).

Para aplicar:

- La solicitud adjuntada tiene 8 páginas. Por favor asegúrese que TODAS las secciones estén completadas.
- Llene la solicitud adjuntada o le pide a alguien que le 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 solicitud pueda ser procesada. Padres de menores y tutores legales tienen que firmar la solicitud.
- **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 solicitud 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 le puede pedir que proporcione información adicional y/o participar en una evaluación funcional física o cognitiva.

Su solicitud no se considerará completa hasta que todos los pedidos la información se proporciona a TranGO y usted ha completado una evaluación cognitiva o en persona, si es necesario. No hay costo de la evaluación y se proporcionará transporte si es necesario.

TranGO procesará su solicitud y le notificará dentro de los 21 días calendario de recibo de su solicitud completa. Una solicitud completa puede incluir una evaluación en persona o cognitiva si es necesario y cualquier información adicional solicitado.

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

A pedido, se producirán formatos alternativos de esta información para personas con discapacidades. Llame al (509) 557-6177 o TTY WA Relay 711.



**Solicitud para
Servicio de Paratransito**

**New
Recertification
ID# _____**

POR FAVOR IMPRIME CLARAMENTE

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____

Dirección Postal _____ Apt./Esp. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección Física _____ Apt./Esp. # _____
(Si es diferente de la dirección postal)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Completa solo si la tarjeta de Certificado de Elegibilidad de Paratransito se va a enviar a una dirección postal diferente.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) _____ / _____ / _____ Hombre Mujer

Teléfono de Casa _____ Número Celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Habilidad de lenguaje: ¿Puede hablar y entender inglés? Si No

(especificar el idioma hablado): _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación _____ Teléfono de Casa _____

Número de Celular _____

Es importante que todas partes de esta solicitud están completas. Una solicitud incompleta se le devolverá

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

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

Sí No A Veces

2. ¿Cuál es su discapacidad física, cognitiva (pensamiento, razonamiento, memoria), de salud mental, u otra(s) condición(es) de salud que le impedirían viajar en 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. Completar con éxito un viaje en 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 cuadras _____ Menos que una cuadra 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 cuadras _____ Menos que una cuadra

¿Cuántos escalones puedes subir o bajar sin la ayuda de alguien?

Ninguno 1 escalón 2 escalones o mas

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 (por decir banco, tienda)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Puede entender que hora es? |
| <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? |
| | | | <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> 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 de paratransito, necesitará viajar con un ayudante (asistente para el cuidado personal)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si esté elegible para el servicio de paratransito, necesitará usar una subida para montar el van o autobús? |

Si marcó "a veces" en algún elemento, explique (utilice una página adicional si es necesario).

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: bastón de apoyo, el 90%, no ayuda, 10%):

- No ayudante
- Bastón Blanco _____%
- Bastón de Apoyo _____%
- Muletas _____%
- Andador _____%
- Silla de Ruedas motorizado _____%
- Escúter motorizado _____%
- Silla de Ruedas manual _____%
- Orto (Por favor especifica) _____%

Si marcó más de una casilla, explique cuándo/cómo usa las ayudas:

13. Si usa una **silla de 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 de 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 sí, explique:

17. Si usa una **silla de ruedas** o un **scooter**, ¿qué tan lejos puede viajar afuera sin la ayuda de alguien?

- _____ # de cuadras _____ Menos que 1 cuadra _____ No puedo viajar ninguna distancia

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

19. ¿**Alguna vez** ha viajado en el autobús regular sin la ayuda de alguien?

Si (En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace que montó? _____) No

20. ¿**Actualmente** viaja en el autobús regular?

Si No (Si no, marque todo lo que corresponda)

- Tengo dificultad para subir o bajar el autobús
- Tengo dificultad viajar en rutas específicas del autobús
- Tengo dificultad viajar hacia y desde las paradas del autobús
- Tengo dificultad para reconocer las paradas del autobús

21. ¿Podría viajar en el **autobús regular** si hubiera una parada o una ruta del autobús cerca de su casa?

Si, siempre Si, a veces No, explique _____

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

Si No (Si no, marque todos lo que corresponda)

- Me confundo
- No puedo recordar a donde voy
- Necesito a alguien conmigo para asegurarse de llegar a la parada
- Necesito que alguien me ayude a transferir a otro autobús
- Otra _____

23. ¿Qué entrenamiento le ayudaría a aprender a viajar en el autobús regular? Marque todos lo que corresponda:

- Subir o bajar del autobús
- Viajar en rutas de autobús específicas
- Viajar hacia y desde las paradas de autobús
- Usar rampas para sillas de ruedas y otras características de accesibilidad
- Reconocimiento de paradas de autobús
- Otra _____

Representante

Si una persona que no sea el solicitante llenó esta solicitud, complete lo siguiente (letra de imprenta).

Nombre: _____ Numero de teléfono del día _____

Relación al Solicitante _____ Agencia _____

Firma _____ Fecha _____

Parte 2: Acuerdo del Solicitante del Servicio de Paratransito y Autorización para Divulgación de Información

Al firmar a continuación, autoriza la divulgación de información de verificación y cualquier otra información a TranGO o a sus representantes necesaria para evaluar su elegibilidad para recibir servicio de paratransito.

Por favor, tenga en cuenta que TranGO utilizará sus estados de cuenta para determinar su elegibilidad para servicio de paratransito según lo dispuesto por la ley. Las declaraciones contenidas en este documento son importantes para la determinación de TranGO y TranGO puede actuar basándose en ella.

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

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

Documentos utilizados por TranGO con respecto a su elegibilidad de paratransito, con la excepción de la información proporcionada por su profesional médico, puede estar sujeta a la divulgación pública en respuesta a una solicitud de registros bajo el Capítulo 42.56 RCW. TranGO intentará notificarle en caso de que haya un público solicitud de registros para sus documentos de elegibilidad.

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

Firma _____ Fecha _____

Solicitante Poder Designado Tutor Legal

Nombre Letrado _____ Número de Contacto _____

Por la presente certifico bajo pena de perjurio conforme a 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 restantes en las páginas 7 y 8 de esta solicitud. Si le dijeron que hay un cargo para obtener una verificación médica o de salud mental, llame al (509) 557-6177 o TTY WA Relay 711. TranGO puede identificar un servicio alternativo que no cobre por la verificación requerida. Consulte la parte superior de la página siguiente para obtener una lista de profesionales aprobados.

¡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	_____

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:

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

continued on next page

