

Visalia Transit Center
425 E Oak Ave
Visalia CA 93291
(559) 713-4100



ADA PARATRANSITSERVICE
ADA SOLICITUD DE CERTIFICACION
DIAL-A-RIDE: ESTADO PRIORITARIO

NUEVO SOLICITANTES Y RENOVACIONES

SERVICIO DE PARATRANSITO DIAL-A-RIDE

Dial-a-Ride es un servicio de transporte público de viaje compartido reserve basada origen a destino diseñado como alternativa al servicio de ruta fija. Dial-a-Ride fue diseñado específicamente para individuos discapacitados y la salud relacionados con la condición que les impide utilizar el servicio de ruta fija. Dial-a-Ride también fue diseñado como parte de los requisitos de la ley de estadounidenses con discapacidades(ADA). Dial-A-Ride da servicio a la misma area y opera en un marco de tiempo similar al del servicio de ruta fija.

Para recibir el estado de prioridad y hacer reservas por adelantado (hasta dos semanas), el pasajero primero debe de ser certificado como elegible para ADA. Lea y siga las instrucciones a continuación antes de completar la solicitud adjunta. Toda la información que suministre se mantendrá confidencial, para uso interno, y no estará sujeta a revisión pública.

INSTRUCCIONES

1. Lea el material adjunto sobre el programa y firme donde se indique.
2. Complete la solicitud adjunta. Si necesita ayuda, llame a Visalia Transit 559-713-4100.
3. Haga que un profesional médico con licencia complete la segunda parte de la solicitud.
4. Envíe a la Solicitud original ubicada en la siguiente dirección:

VISALIA TRANSIT

ATTN ADA COORDINATOR

425 E OAK AVE

VISALIA CA 93291

O

Dejar en el centro de tránsito, área del primer piso.

NUEVO! Tenga en cuenta que es *posible* que deba participar en una evaluación de entrevista en persona que ayudara a Visalia Transit determinar si es elegible para la certificación ADA. Si esta es nuestra conclusión, lo contactaremos por teléfono para programar una cita. Si no tiene transporte para la cita, Dial-A-Ride le proporcionara transporte para su cita. Llame a Dial-A-Ride para programar su reserva de transporte, (559) 713-4750.

PROCESO DE SOLICITUD

Se le notificara por correo la determinacion de su elegibilidad dentro de los 21 dias posteriores a la fecha de su cita. Visalia Transit se reserve el derecho de tomar la determinacion final de elegibilidad para la certificacion ADA. Si se deniega una solicitud se puede presentar una apelacion ante la Division de Transito de la Ciudad de Visalia o usted puede volver a presentar su solicitud.

Si Visalia Transit no puede tomar una decision dentro de los 21 dias a partir de la fecha de su cita, recibira una presunta certificacion temporal a partir del dia 22 y continuara hasta que se le notifique por correo la determinacion de su elegibilidad.

Su fotografia se tomara el dia de su entrevista con el proposito de una tarjeta de identificacion de ADA, si se aprueba, y se le enviara por correo.

La informacion inexacta o incompleta en la solicitud puede resultar en la incapacidad de tomar una decision sobre su elegibilidad dentro de los 21 dias.

NORMAS DE ELEGIBILIDAD DE PARATRANSITACION ADA

◇ La elegibilidad de ADA Paratransito se basa en la capacidad funcional no en la discapacidad. Las personas con la misma discapacidad pueden tener diferentes capacidades funcionales.

◇ Las siguientes normas son pautas que se utilizaran para determinar la elegibilidad de ADA Para transito:

1. Incapacidad para navegar el sistema de forma independiente: una discapacidad fisica o mental que impide que una person navegue por la ruta fija de forma independiente.

2. Falta de vehiculos, estaciones o paradas de autobus accesibles: los vehiculos accessible no se utilizan para prestar servicio en la ruta del autobus, si no se puede acceder a una ubicacion de embarque o desembarque, o las estaciones clave no son accesibles.

3. Incapacidad para llegar a un punto de embarque o destino final. Una discapacidad que les impide viajar a un lugar de embarque o un lugar desembarque.

TIPOS DE CERTIFICACION

Los siguientes tipos de elegibilidad para ADA certificación se proporcionan como pautas para ayudar a Visa-lia Transit en la determinación:

- ◇ **Elegibilidad Permanente:** Un impedimento permanente que causaría que la persona se desorienta, confunda o sea incapaz de navegar independiente el sistema sin la ayuda de otra persona y/o la incapacidad de navegar independiente a una ubicación de embarque o desembarque de ruta fija, o físicamente abordar o desembarcar de un autobús de ruta fija que de otra manera es accesible.
- ◇ **Elegibilidad Temporal:** Un impedimento temporal (por un período específico de tiempo que deja a la persona discapacitada) que causaría que la persona se desorienta, confunda o sea incapaz de navegar independiente el sistema sin la ayuda de otra persona y/o la incapacidad de navegar independiente una ubicación de embarque o desembarque de ruta fija o para abordar o desembarcar físicamente de un autobús de ruta fija que de otra manera es accesible.
- ◇ **Elegibilidad Condicional:** Un impedimento que dependiendo de las condiciones ambientales, el terreno, la accesibilidad del vehículo y/o la accesibilidad de la instalación hace que sea imposible para el individuo embarcar/desembarcar independientemente de ciertas ubicaciones de rutas fijas. Las personas en esta categoría pueden usar el sistema de ruta fija bajo ciertas condiciones de salud y dentro de ciertos parámetros.

POR FAVOR FIRME ABAJO DECLARANDO QUE HA LEIDO Y COMPRENDIDO LA INFORMACION ARRIBA



FIRMA DE APLICANTES

FECHA

PÁGINA DEJADA EN BLANCO INTENCIONADAMENTE

CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE



**ADA PARATRANSITSERVICE
ADA SOLICITUD DE CERTIFICACION
DIAL-A-RIDE: ESTADO PRIORITARIO**



NUEVO SOLICITANTES Y RENOVACIONES

IMPORTANTE: IMPRIMA CLARAMENTE

Nuevo Fotografia

Renovacion

SOLO PARA USO DE OFICINA

Log Access Easy Rides

Reviewed: ___/___/___

Status: Denied ___/___/___

Approved ___/___/___

Permanent

Temporary: _____ Months

ADA ID Issued: ___/___/___

ADA ID #: _____

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion de Casa: _____

Numero _____ Nombre de la call _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Misma que la direccion de casa

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Direccion: _____

Numero _____ Nombre de la calle _____ Apt. # _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____

Telefono: (_____) _____ - _____ Numero adicional (_____) _____ - _____

Coerre Electronico : _____

Lenguaje Primario (elige una): () Espanol () Otra (Especificar) _____

Enumere a la persona que se contactara en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relacion: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/Codigo: _____ Telefono: (_____) _____ - _____

Si alguien le ha ayudado con esta aplicacion proporcione la siguiente informacion: N/A

Nombre: _____ Relacion: _____

Direccion: _____

Ciudad/Estado/Codigo: _____ Telefono: (_____) _____ - _____

Last Name: _____

First Name _____

Eligibility Conditions: 1 2 3 4

Expiration: ___/___/___

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS AL MEJOR PARA TU HABILIDAD

- Cual es la interseccion mas cercana a su hogar (por ejemplo: Mooney y Walnut)?

- Como viaja actualmente? (Camina, Taxi, Autobus, Uber, Otra Manera)

- Cual es su discapacidad actual o condicion relacionada con la salud :

- Describa como su discapacidad o afeccion relacionada con la salud afecta su capacidad para viajar en el servicio de ruta fija:

- Bajo que condiciones puede utilizar el servicio de ruta fija?

FOR OFFICE USE ONLY/ SOLO PARA USO DE OFICINA

NOTES:

AUTORIZACION PARA DIVULGAR TONFORMATION MEDICA

Pued ser necesario comunicarnos con un profesional medico con licencia que pueda verificar la discapacidad o una afeccion relacionada con la salud y que este familiarizado del solicitante en lo que respecta al uso del transporte publico. La verificacion de la discapacidad o condicion relacionada con la salud no lo califica automaticamente para la elegibilidad de ADA. Sin embargo es in factor importante y se requiere como parte del proceso de solicitud.

Autorizo al profesional medico con licencia que se enumera a continuacion a divulgar cualquier informacion medica relacionada con mis capacidades funcionales cuando la solicite mi agencia de transito publico local. Esta informacion se utilizara para ayudar en la determinacion de la certificacion ADA con Visalia Transit. Esto se usara para verificar mi discapacidad o condicion medica relacionada con el uso del transporte publico. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorizacion y que puedo revocarla en cualquier momento.

PROFESIONAL MEDICO		
Nombre: _____		
Titulo : _____		
Agencia o Clinica: _____		
Domicilio: _____		
Numero	Calle	

Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono: (____) _____ - _____ Extension: _____		
Fax Number: (____) _____ - _____		

Autorizo al profesional medico con licencia que esta listada arriba a divulgar cualquier informacion medica relacionada con mis capacidades funcionales

FRIMA DE APLICANTE

FECHA

DECLARACION DEL PROFESIONAL MEDICO DE LICENCIA DE ELEGIBILIDAD ADA

Dial-a-Ride es un servicio de transporte público compartido basado en reservaciones de origen a destino. Fue creado como una alternativa al servicio de autobus de ruta fija. diseñado como alternativa al servicio de ruta fija. Fue diseñado específicamente para persona cuya severidad de discapacidad o condición relacionada con la salud les impide usar el servicio de ruta fija en todo o parte del tiempo.

Por ese razón, para recibir el estado de prioridad y hacer reservas adelantado (hasta dos semanas) en el Dial-A-Ride el solicitante primero debe estar certificado como elegible para ADA. Finalmente, el personal de Visalia Transit determina la elegibilidad para la ADA. Sin embargo, la información solicitada a continuación será útil para determinar su decisión. Responda las preguntas con respecto al solicitante. Si esta sección está incompleta, es posible que necesitemos contactarlo para obtener más detalles.

Nombre del Solicitante: _____

Apellido

Nombre

- Diagnostico medico o afeccion relacionada con la salud que impide que el solicitante use el servicio de autobus de ruta fija:

- Discapacidad o condición relacionada con la salud: Permanente Condicional Temporal : (meses) _____
- Puede el solicitante subir y bajar escalines (escalones de elevación de 12" con pasamanos)?
 SI NO A VECES
- Es solicitante dependiente de la silla de ruedas? SI NO
- Requiere el solicitante un vehicular equipado con elevador para abordar?
 SI NO A VECES
- Puede el solicitante viajar independientemente de su casa a la acera?
 SI NO A VECES
- Puede el solicitante viajar independiente sin ayuda de otra persona, sin barreras importantes a lo largo de la ruta, sin un riesgo significativo de lesiones y si corresponde con el uso de una ayuda de movilidad a la parada de autobus mas cercana ?
 SI NO A VECES

A veces por favor explique brevemente:

Continúa en la siguiente página →

SELECCIONE TODAS LAS NORMAS DE ELEGIBILIDAD QUE SE APLICAN AL SOLICITANTE

- Incapacidad para navegar el sistema de forma independiente—un impedimento físico o mental que impide al solicitante navegar por la ruta fija de forma independiente.
- Incapacidad para llegar a un punto de embarque o destino final—una discapacidad que impide que el solicitante viaje a un lugar de embarque o un lugar de desembarque.
- Certifico que el solicitante requiere un asistente de cuidado personal (PCA) para acompañarlo .

Si ninguno de los estándares de elegibilidad se aplica arriba seleccione la siguiente opción:

- El solicitante PUEDE llegar a una parada de autobús, abordar, viajar y desembarcar de un autobús accesible, y NO requiere certificación ADA para el estado de prioridad.

Certifico que soy un profesional médico del Estado de California. Actualmente estoy tratando al solicitante que figura en el frente de esta solicitud por una discapacidad que califica al solicitante como discapacitado según lo definido por los artículos anteriores y la información que he proporcionado es verdadera y correcta **bajo pena de perjurio** de acuerdo con las leyes del Estado de California.

POR FAVOR PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Nombre de profesional de la licencia (Firma)

Clínica o Agencia

Dirección/Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Oficina: (____) _____ - _____

Fax Number: (____) _____ - _____

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTO QUE LO ANTERIOR ES VERDADERO Y CORRECTO

Nombre de profesional de la licencia (Impreso)

Nombre de profesional de la licencia (Firma)

#Número de licencia profesional

Fecha