

## Ley de Estadounidenses con Discapacidades

## (ADA, por sus siglas en inglesa)

## **Paquete de solicitud de elegibilidad para paratránsito**

### Volusia County Public Transit

### Elegibilidad

El Servicio de Paratránsito de la ADA está de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990. Las personas que soliciten los servicios de paratránsito de la ADA de Votran deben demostrar que no pueden usar el sistema de tránsito de ruta fija de Votran. La discapacidad por sí sola no crea elegibilidad para los Servicios de Paratránsito de la ADA. La decisión se basa únicamente en la capacidad funcional de la demandante para utilizar autobuses de ruta fija.

Hay tres (3) tipos de certificaciones otorgadas a los clientes elegibles de Votran:

* **Certificación Permanente**: El individuo tiene una condición permanente que no mejorará que siempre impide el uso del Bus de Ruta Fija Votran.
* **Certificación condicional:** La persona puede usar, o aprender a usar, el autobús de ruta fija de Votran, pero su condición impide que viaje en el autobús. Votran paratránsito puede proporcionarse en viajes calificados en los que la persona no puede tomar el autobús.
* **Certificación temporal**: La persona tiene una condición específica a corto plazo que le impide usar el autobús de ruta fija Votran. O bien, la persona es elegible para los servicios de paratránsito en un sistema de tránsito diferente y está visitando el área. Es posible que se requiera una prueba de elegibilidad en el sistema local de la persona. La duración de la certificación dependerá de cada caso.

**VOTRAN USE ONLY**

|  |  |
| --- | --- |
| New Recertification | Fixed Route Referral Yes No |
| Date Received: Reviewed by: | Approved: Denied: |
| Funding Source: ADA | Scheduled Travel Training Date: |
| Medicaid Yes No QMB SLMB Inactive | Scheduled Functional Assessment: |
| Medicaid Number: | PCA needed: Yes No |

**Pasos en el proceso de elegibilidad**

1. Recibir un paquete de solicitud
2. Lea la Guía de elegibilidad
3. Completar TODAS las preguntas de la Solicitud de Paratránsito de la ADA
4. Envíe su Formulario de Verificación Profesional. Este formulario debe estar completamente llenado y firmado por uno de los profesionales que figuran en el formulario.
5. Envíe su solicitud por correo o fax:

• Correo: Votran

950 Big Tree Road,

South Daytona FL, 32119

• Fax: (386) 322-5119

Su elegibilidad se determinará dentro de los 21 días a partir de la fecha en que su

la solicitud es recibida por la Oficina de Votran.

##### TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS.

##### UNA SOLICITUD INCOMPLETA SERÁ DEVUELTA Y SE RETRASARÁ

##### TRATAMIENTO. Todas las solicitudes son confidenciales.

### Solicitud de Certificación de Elegibilidad para la ADA

### *Esta solicitud debe completarse en su totalidad para poder ser procesada*

**

Nuevo solicitantew

**Información**

**del solicitante** Recertificación

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Residencial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apt#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Seguro Social # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccio postal si es diferente de la anterior: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Correo Electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información de la persona de contacto de emergencia

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono (diurno)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_: Teléfono (nocturno):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea el Solicitante, complete lo siguiente:

Normbre: Telefono:

Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son para ayudarnos a determinar su elegibilidad.

1. ¿Cuál es su medio de transporte actual? Por favor, marque todo lo que se aplica a usted

\_\_\_\_ Dispositivo de movilidad para caminar \_\_\_\_ Bicicleta

\_\_\_\_ Conducir un vehículo \_\_\_\_ Viajar en el vehículo de alguien

\_\_\_\_ Taxi/compartidos \_\_\_\_ Otro

1. ¿Puede utilizar el sistema de rutas fijas de Votran ahora? \_\_\_\_Si \_\_\_\_ No
2. ¿Podrías usar el sistema de autobuses si pudieras llegar a una parada? \_\_\_Si \_\_\_ No

En caso negativo, sírvase explicar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. Según el lugar donde vives, ¿dónde está disponible la parada de autobús más cercana? (Para ver las paradas de autobús en la Ruta, visite nuestro sitio web ([www.votran.org](http://www.votran.org))

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

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

1. En otros lugares en los que pudo haber vivido, ¿usó su sistema público de autobuses o trenes?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo hace y con qué frecuencia usa o usa ese sistema?

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

1. Explique por qué actualmente puede o no puede utilizar el sistema de ruta fija de Votran.

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

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

1. ¿Es su condición? \_\_\_\_ Temporal \_\_\_\_ Permanente
2. ¿Cuándo comenzó su afección??

\_\_\_\_0-1 año \_\_\_\_ 1-5 año

\_\_\_\_ más de 5 años \_\_\_\_ Nacimiento

1. ¿Su condición requiere el uso de lo siguiente (seleccione todos los que correspondan)

\_\_\_\_Bastón \_\_\_\_ Silla de ruedas (manual)

\_\_\_\_ Bastón blanco \_\_\_\_ Silla de ruedas (reclinable)

\_\_\_\_ Andador (plegable) \_\_\_\_ Silla eléctrica

\_\_\_\_ Andador (con asiento) \_\_\_\_ Scooter

\_\_\_\_muletas \_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna

\_\_\_\_ Prótesis \_\_\_\_ Bota Charcot

\_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna \_\_\_\_ Auxiliar auditivo

\_\_\_\_ oxígeno \_\_\_\_ Otro dispositivo

: Describa "Otro dispositivo" si está seleccionado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ¿Su afección requiere que viaje con equipo médico portátil?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Explicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. ¿Puede caminar con un dispositivo de movilidad?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

1. ¿Cuál de las siguientes acciones puede hacer por su cuenta o con la ayuda de un dispositivo de movilidad (marque todas las que correspondan)?

\_\_\_\_ Entrar y salir de un vehículo

\_\_\_\_ Entender los horarios de los autobuses

\_\_\_\_\_ Sujete las manijas para subir o bajar de un vehículo

usando escalones,rampas o un elevador

\_\_\_\_ Subir y bajar en un bordillo

\_\_\_\_ Subir o bajar 3 o 4 escalones

1. ¿Qué tan lejos puede llegar en terreno llano con el uso de su dispositivo de ayuda para la movilidad, si usa alguno?

\_\_\_\_1-2 Bloques \_\_\_\_ 3 or mas Bloques

\_\_\_\_ Menos que 1 bloques \_\_\_\_ Desconocido

1. ¿Se pueden subir y bajar escalones en un autobús de ruta fija?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

1. Infórmenos sobre cualquier barrera que pueda impedirle usar Votran y si esas barreras son temporales o permanentes. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

1. Habilidades que usan los autobuses (marque todas las que correspondan)

\_\_\_\_ Puedo ir y venir de una parada de autobús si la distancia no es lejos .

\_\_\_\_ Mi capacidad para usar el Sistema de Autobuses puede cambiar de un día a otro.

\_\_\_\_ Puedo ir y venir de las paradas de autobús solo si hay rampas en las aceras y nivel aceras.

\_\_\_\_ Tengo dificultad para entender o recordar todas las cosas para usar un

Sistema de autobuses.

\_\_\_\_ Tengo dificultades para recordar la información necesaria para viajar sola.

1. ¿Su condición requiere que viaje con un animal de servicio? (Los animales de apoyo emocional o de consuelo no se consideran animales de servicio según la ADA).

\_\_\_\_Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A veces

1. Si a veces, por favor explique. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

¿Para qué está entrenado su animal de servicio?? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. 19. ¿Su condición requiere que viaje con un asistente de cuidado personal (PCA)?

\_\_\_\_Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ A veces

En caso afirmativo o a veces, explique:

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

1. 20. Si su condición le impide usar el sistema de autobuses Votran, ¿puede ser verificada por escrito por un profesional de la salud (consulte el formulario de verificación para obtener la lista de personas aprobadas que pueden completarlo)?

\_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

1. ¿Tiene Medicaid? Si \_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuál es su número de Medicaid de 10 dígitos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certificación del solicitante**

I,

(Imprimir nombre)

## Certificar que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. El propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para usar los Servicios de Paratránsito de la ADA, o si a veces puedo viajar en el Autobús de Ruta Fija Votran. Entiendo que cualquier falsificación de información en este formulario puede llevar a la descalificación de la elegibilidad.

Firma Fecha

# FIN DE LA APLICACIÓN

**Solicitante::**

Por favor, haga que un profesional complete este formulario antes de enviar su solicitud a Votran. Cualquiera de los siguientes profesionales que se enumeran a continuación puede completar y firmar este formulario de Verificación Profesional:

Autorización que debe ser completado por el solicitante

Yo, autorizar al profesional que realiza el

(Nombre en letra de imprenta del solicitante)

Formulario de verificación profesional para divulgar a Votran cualquier información médica protegida sobre mi discapacidad/condición de salud con el fin de verificar mi elegibilidad para el servicio de paratránsito de la ADA.

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

**Al Profesional: Por favor, compruebe su título profesional**

\_\_\_\_Physician \_\_\_\_ Asistente Médico

\_\_\_\_ Psiquiatra \_\_\_\_ Especialista en Movilidad

\_\_\_\_ Quiropráctico \_\_\_\_ Enfermera Registrada

\_\_\_\_ Fisioterapeuta Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Greetings,

Este es el Formulario de Verificación Profesional para Votran Transit ADA Paratransit. Las regulaciones de la ADA establecen que las personas son elegibles para el servicio de paratránsito de la ADA, si sus puntos de recogida y entrega están en la zona de amortiguamiento de 3/4 de milla y tienen una condición que les impide usar de forma independiente el servicio de autobús de Votran. La elegibilidad para el paratránsito de la ADA no se basa en la falta de conocimiento de la persona sobre el servicio de autobús, la distancia del servicio de autobús, la capacidad para conducir, la capacidad del idioma o la edad. La información que proporcione ayudará a determinar bajo qué circunstancias este solicitante puede ser elegible para el Servicio de Paratránsito de Votran ADA.

1. Nombre:
2. Fecha de nacimiento:
3. Calidad en la que conoce al solicitante :
4. La última fecha de contacto cara a cara con este solicitante fue el:
5. Describa la condición que puede impedir que el solicitante utilice de forma independiente el sistema Votran Bus:
6. ¿La condición impediría al solicitante utilizar la ruta de autobús de Votran parte o todo el tiempo? Explique.
7. La condición es:

\_\_\_\_\_ Temporal

\_\_\_\_\_ Permanente

1. Si es temporal, ¿cuánto tiempo anticiparía que durará la afección?? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### 9. ¿Tiene el solicitante la capacidad mental, visual y/o auditiva para:

* + Pida, comprenda y siga instrucciones ? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
  + Transfiera de manera segura / efectiva a otro autobús si es necesaria?

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

* + ¿Hay algún otro problema de movilidad que Votran deba tener en cuenta? explicar:

#### ¿Puede el solicitante completar lo siguiente por su cuenta o con la ayuda de un dispositivo de movilidad?

* + Viaje menos de una cuadra (aprox. 200ft)? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
  + Subir y bajar de un bordillo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

* + Agarrar un pasamanos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_

1. ¿Su condición requiere el uso de lo siguiente (seleccione todos los que correspondan)

\_\_\_\_Bastón \_\_\_\_ Silla de ruedas (manual)

\_\_\_\_ Bastón blanco \_\_\_\_ Silla de ruedas (reclinable)

\_\_\_\_ Andador (plegable) \_\_\_\_ Silla eléctrica

\_\_\_\_ Andador (con asiento) \_\_\_\_ Scooter

\_\_\_\_muletas \_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna

\_\_\_\_ Prótesis \_\_\_\_ Bota Charcot

\_\_\_\_ Aparato ortopédico para la pierna \_\_\_\_ Auxiliar auditivo

\_\_\_\_ oxígeno \_\_\_\_ Otro dispositivo

Describa "Otro dispositivo" si está seleccionado:

1. 11. ¿Necesita el solicitante un asistente de cuidado personal (PCA) para viajar? explicar:
2. 12. ¿Hay algún otro comentario que le gustaría incluir sobre el solicitante con respecto a su condición?

*Yo, certifico bajo pena de perjurio que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta.*

Nombre: Posición/Título :

Firma: Fecha: / /

Nombre de la organización/oficina:

Resodencia:

Telefono: correro electronico:

#### Instrucciones para enviar este formulario:

#### Si el solicitante le pide que le devuelva este formulario, devuélvalo al applicant.in un sobre oficial sellado. También puede enviar el formulario a través de los siguientes métodos:

**Correa: Attn: Eligibility Department**

Votran 950 Big Tree Road,

South Daytona, FL 32119

**Fax: Eligibility Department**

(386) 322-5119