Autoridad de San Miguel para el Transporte Regional (SMART)
Servicio Complementario de Paratransit ADA
Servicio Lawson Hill

El Servicio Complementario de Paratránsito de la Ley de Discapacidad de los Estados Unidos (ADA, por sus siglas en inglés) se proporciona a las personas que, debido a una discapacidad evaluada, no pueden viajar de manera independiente en un autobús, subir o bajar de un autobús o llegar hasta / desde una parada de autobús. La elegibilidad de ADA es una decisión del Sistema de Transporte, y no una decisión médica. La elegibilidad para el Servicio Complementario de Paratránsito ADA no se basa únicamente en la discapacidad, edad, ingresos, diagnóstico médico o falta de opciones de transporte en su área.

Es la política de la Autoridad de San Miguel para el Transporte Regional (SMART) que ninguna persona por razones de discapacidad, sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea objeto de discriminación en cualquier programa o actividad llevada a cabo por SMART, que recibe o se beneficia de la asistencia financiera federal. SMART cumplirá con todos los requisitos legales de las leyes y regulaciones federales y estatales en lo que respecta a las personas con discapacidades. SMART ofrece servicios de transporte de calidad sin discriminación a todas las personas, incluidas las personas con discapacidad.

SMART determina la elegibilidad en función de consideraciones como la capacidad functional o discapacidad y determina qué personas pueden beneficiarse del Servicio Complementario de Paratránsito de ADA, y cuáles pueden ser mejor atendidos por los servicios de autobuses de SMART, accesibles regularmente. La dificultad para usar el servicio de ruta fija, las molestias, la inexperiencia y/o la elección personal de no utilizar estos modos de transporte no son necesariamente un indicador para determinar si una persona es elegible para usar el Servicio de Paratránsito Complementario ADA.

Una vez que recibamos la solicitud completa, SMART proporcionará una carta, que determinará la elegibilidad de la persona, por escrito dentro de los veintiún (21) días siguientes. El Coordinador del Servicio de Paratránsito Complementario de la ADA llamará al solicitante y programará una cita para la evaluación de la capacidad funcional en persona, dentro de los siete (7) días posteriores a la recepción de la solicitud. *(Sin coste alguno para el solicitante, el Servicio de Paratránsito Complementario de ADA requierirá que cada persona participe en una evaluación de capacidad funcional, que se llevará a cabo en persona, y que determinará el "grado de acceso" al Servicio de Paratránsito Complementario de ADA).*

Las evaluaciones de capacidad funcional tendrán lugar en varias ubicaciones, dependiendo del área de servicio solicitada.

Se requiere una identificación con foto válida el día de la evaluación.

Por favor devuelva la solicitud completada a:

San Miguel Authority for Regional Transportation (SMART)
ADA Complementary Paratransit Service Coordinator
PO Box 3140
Telluride, CO 81435
Email: david.averill@smarttelluride.com

** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor, llame al (970) 239-6034.

Aplicación Para los Servicios Complementarios de Paratránsito de la ADA

Complete esta solicitud lo más exhaustivamente posible y lo mejor que pueda. Cada pregunta debe ser respondida en su totalidad. Una vez que se recibamos la solicitud completa, se le contactará para organizar una evaluación de la capacidad funcional en persona.

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento_____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Número de Teléfono (s): _____

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Método de Contacto Preferido: ☐ Teléfono ☐ Email ☐ Correo Postal

Contacto en Caso de Emergencia:

Apellido: _____ Nombre: _____

Número de Teléfono (s): _____

¿Cómo prefiere que le eviemos el material escrito?

☐ Letra Normal ☐ Letra Grande ☐ En Otro Idioma (especifique):

_____

☐ Otros Formatos (por ejemplo, email): _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN DE SER CONTESTADAS:

¿Qué tipo de transporte utiliza actualmente?

☐ SMART ☐ Taxi ☐ Transporte Médico ☐ Ambulancia ☐ Vehículo Privado ☐ Otro: _____

¿Qué barreras le impiden acceder a los diferentes tipos de transporte disponibles en su área?_____

_____

¿Cómo le afectan estan barreras para utilizar los distintos tipos de transporte?_____

_____

AYÚDENOS A ENTENDER SUS NECESIDADES DE TRANSPORTE Y DESAFÍOS DE VIAJE:

¿A qué distancia esta la parada de autobús más cercana a su vivienda? (aproximadamente): _____

¿Puede usted ir y venir hasta la parada del autobús? ☐ Si ☐ No

¿Hay días en los que, por su condición fisíca, no le es posible utilizar los servicios del autobús? ☐ Si ☐ No

En su opinión, es una incapacidad: ☐ Temporal ☐ Condicional ☐ Contínua

Cuando usted viaja, ¿necesita asistencia o cuidado personal? ☐ Si ☐ No

¿Necesita ayuda para caminar? ☐ Si ☐ No

¿Sufre o ha sufrido convulsiones? ☐ Si ☐ No

¿Puede ir y venir desde su vivienda para acceder al servicio de paratránsito complementario de la ADA?

☐ Si ☐ No

¿Utiliza algún dispositivo de asistencia para desplazarse? *(Marque todo lo que corresponda)*

☐ Andador ☐ Oxígeno Portátil ☐ Bastón ☐ Pierna Ortopédica

☐ Audífonos ☐ Muletas ☐ Scooter Eléctrico ☐ Animal de Servicio

☐ Lentes ☐ Silla de Ruidas ☐ Prótesis

☐ Otros *(por favor, especifique)*: _____

Si utiliza una silla de ruedas, ¿el peso combinado de usted y la silla de ruedas es inferior a 600 libras?

☐ Si ☐ No

En un día determinado puede usted (con/sin) un dispositivo de movilidad (silla de ruedas, andador, etc.)…

(Marque todo lo que corresponda:)

☐ Llegar a la acera enfrente de su casa ☐ Desplazarse una cuadra ☐ Desplazarse cuatro cuadras

☐ No puede salir fuera de casa *(explique)*: _____

¿Tiene una Licencia de Conducir válida de Colorado? ☐ Si ☐ No

¿Ha entregado voluntariamente su Licencia de Conducir de Colorado? ☐ Si ☐ No

POR FAVOR, LEA LAS SIGUIENTES DECLARACIONES Y MARQUE LAS QUE MEJOR

DESCRIBAN SU HABILIDAD PARA USAR LOS AUTOBUSES DE RUTA FIJA: ***(MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA):***

☐ Puedo viajar en transporte público cuando me siento bien. Sin embargo, hay momentos en los que mi discapacidad y/o estado de salud empeoran y en esos momentos no puedo utilizar el transporte público.

☐ Tengo una discapacidad o condiciones de salud que me impiden utilizar el transporte público cuando el clima es muy cálido o muy frío.

☐ No puedo subir o bajar escaleras, por tanto, no puedo subir o bajar del autobus.

☐ Puedo ir y venir hasta la parada del autobús, solo si hay bordillos y aceras niveladas.

☐ No puedo usar el transporte público actual por otros motivos. (explique): _____

_____

☐ Debido a mi discapacidad y/o condiciones de salud, me es imposible viajar cuando hay nieve o hielo en el suelo.

¿Puede usted pedir asistencia/ayuda al conductor? ☐ Si ☐ No

¿Puede usted utilizar el pasamanos para subir y bajar del vehículo? ☐ Si ☐ No

¿Puede usted tirar del cable o hacer sonar la campana para que el conductor sepa que desea bajarse del vehículo?

Si ☐ No ☐

¿Puede usted abonar/pagar la tarifa del viaje dentro del vehículo? ☐ Si ☐ No

¿Tiene usted problemas de memoria? ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, ¿cómo compensa usted la falta de memoria?_____

_____

¿Qué es lo más lejos que puede usted caminar al aire libre?_____

POR FAVOR, PROPORCIONE INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE SUS HABILIDADES DE MOBILIDAD:

Puede usted…

Hacer preguntas y entender instrucciones escritas y orales ☐ Si ☐ No

Cruzar la calle ◯ Si ◯ No

Mantenerse de pie por 10 minutos si no hubiera sitio para sentarse ◯ Si ◯ No

Subir y bajar la acera ◯ Si ◯ No

Subir y bajar tres escalones ayudándose del pasamanos ◯ Si ◯ No

Bajar y subir de un vehículo a otro? ◯ Si ◯ No

POR FAVOR, PROVEA INFORMACIÓN SOBRE LOS SITIOS A LOS CUALES SE DESPLAZA Y COMO LLEGA HASTA ALLÍ:

Enumere sus destinos más frecuentes y como llega hasta allí…

¿A dónde viaja? _____

Dirección: _____

¿Con qué frecuencia suele desplazarse al lugar? _____

¿Cómo llega al lugar? _____

¿A dónde viaja? _____

Dirección: _____

¿Con qué frecuencia suele desplazarse al lugar? _____

¿Cómo llega al lugar? _____

¿Tiene usted un informe o documento acreditado por un profesional de la salud para justificar esta solicitud? *(No es un requisito)*

◯ Si ◯ No

CERTIFICACIÓN Y FIRMA

Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar si soy elegible o no para usar el servicio de paratránsito complementario ADA. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 es una Ley de Derechos Civiles, que requiere que las agencias de transporte público brinden servicios a las personas cuyas discapacidades les impiden acceder al sistema de transporte público en su área. La información que proporcione nos permitirá tomar una decision adecuada para usted. Toda la información se mantendrá confidencial. Gracias por su asistencia.

Al firmar esta solicitud, el solicitante acepta las siguientes condiciones:

1. Se requerirá una evaluación de la capacidad funcional en persona, además de entregar esta solicitud complete, con todos los datos.
2. Será mi responsabilidad obtener transporte, desde y hacia el lugar de la evaluación de la capacidad funcional en persona, así como, proporcionar una identificación válida con fotografía al momento de la evaluación.
3. Puedo presentar un certificado de un Profesional de la Salud, verificando mi necesidad de ser evaluado para la elegibilidad de los Servicios Complementarios de Paratránsito ADA.
4. Si en algún momento ya no tengo problemas de mobilidad/discapacidad, como se describe en esta solicitud, mi elegibilidad para los Servicios Complementarios de Paratránsito de ADA se entenderá por terminada.

_____	_____	_____
Nombre completo (impreso)	Firma	Fecha

Si alguien le ayudó a completar esta solicitud, por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre: _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección_____

Agencia *(si corresponde)*: _____

Información de Contacto *(e-mail, teléfono, etc.)*: _____