Greater Cleveland Regional Transit Authority
Aplicación para Servicio de Paratransit

¿Qué es el servicio de Paratransit?

La Ley de Americanos con Discapacidades de 1990 (ADA) es una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidad, y garantiza que servicio de transporte accesible e indiscriminado sea disponible para personas con discapacidad. La ley contiene disposiciones para la adquisición de vehículos accesibles por parte de entidades públicas y privadas, requisitos para el servicio de ADA Paratransit complementario por parte de entidades públicas que operen un sistema de tránsito de autobuses y trenes de ruta fija y servicio de transporte accesible e indiscriminado.

Las regulaciones federales definen el área de servicio de ADA Paratransit de la como dentro de 3/4 de milla de una ruta fija de autobuses y trenes locales cuando esa ruta está en funcionamiento. Si usted tiene una discapacidad que impida usar el servicio regular de ruta fija de autobuses y trenes, puede ser elegible para Paratransit.

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, sigla en inglés) define a un asistente de cuidados personales (PCA, sigla en inglés) como una persona que presta asistencia a un pasajero en las actividades de la vida diaria. Se permite que un (1) PCA viaje con el pasajero si la evaluación de elegibilidad lo considera necesario. Si la persona que acompaña al cliente no está autorizado como un PCA, se considera un acompañante. Se permite un máximo de un (1) PCA y un (1) acompañante en cada viaje.

El servicio de Greater Cleveland Regional Transit Authority (GCRTA) Paratransit es un servicio de “viaje compartido”, de origen a destino disponible para quienes, debido a una discapacidad funcional o condición de salud, no pueden utilizar el sistema de ruta fija de autobuses y trenes. La elegibilidad para el servicio de Paratransit puede ser incondicional, temporal o bajo ciertas condiciones.

Para Aplicar:

1. Usted o su tutor designado deben llenar la **PARTE I COMPLETAMENTE**. Su Médico con Licencia Profesional de la Salud debe completar la **PARTE II**. Por favor complete esta solicitud lo más detalladamente posible y con la mejor capacidad. Si hay preguntas que no puede contestar, y necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al Oficina de Registro de ADA al (216) 566-5124. Para la solicitud ser considerada completa, cada pregunta en la solicitud debe ser respondida. Si no, se le devolverá para que la pueda completar antes de ser procesada.

2. **Envíe** su solicitud original a:
   GCRTA-ADA Eligibility
   1240 West 6th Street
   Cleveland, Ohio 44113-1331

   Fax:
   216-350-5284

   Email:
   customerservice@gcrta.org

3. Una vez que se haya recibido su solicitud completa, se le puede programar para una entrevista de "Elegibilidad y Evaluación". GCRTA se comunicará con usted para programar la cita.

4. Después de completar el proceso de "Evaluación y entrevista de elegibilidad", será notificado de su estado de elegibilidad de ADA dentro de los 21 días laborables. Si se determina que es elegible, se le proporcionarán instrucciones para obtener su tarjeta de identificación de ADA Paratransit.

Greater Cleveland Regional Transit Authority
Aplicación para Servicio de Paratransit

PARTE I - Para ser completada por el solicitante

POR FAVOR IMPRIMA/ESCRIBA EN TINTA AZUL O NEGRA

SECCIÓN I: Información del solicitante

☐ Solicitante Nuevo ☐ Recertificación - Número de ID		
Nombre Inicial Segundo Nombre Apellido		
Dirección Residencial		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Telefono nocturno	
Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY	Genero ☐ Masculino ☐ Femenino	
¿Usted es un beneficiario de Medicaid? ☐ Si ☐ No		
¿Eres un Beneficiario de la Administración de Veteranos por discapacidad? ☐ Si ☐ No		
¿Eres beneficiario de Medicare? ☐ Si ☐ No		
Contacto de Emergencia		
Número de Teléfono	Telefono nocturno	
Relación con el solicitante		

SECCIÓN II: Información de Movilidad

1. ¿Actualmente utiliza el servicio regular de autobús o tren? ☐ Si ☐ No

2. ¿Puede ir y venir de la parada de autobús o tren más cercano a su casa por usted mismo? ☐ Si ☐ No Respondió no, por favor explique?

3. ¿Hay aceras en su vecindario? ☐ Si ☐ No

4. ¿Hay aceras en la parada más cercana de autobús? ☐ Si ☐ No

5. ¿Cuántas cuadras hay desde su residencia hasta la parada más cercana de autobús?
   ☐ Menos de 2 cuadras ☐ 2 a 4 cuadras ☐ 5 a 7 cuadras ☐ Más de 7 cuadras
   ☐ No estoy seguro

SECCIÓN III: Información sobre Discapacidad y Condiciones de Salud

1. ¿Por qué está solicitando servicios de Paratransit?

2. ¿Qué discapacidad le han diagnosticado?

3. ¿Su discapacidad le impide usar el servicio regular de autobús o tren? ☐ Si ☐ No
   Respondió sí, por favor explique

4. ¿Se considera que su discapacidad es permanente? ☐ Si ☐ No
   Respondió no, ¿cuánto tiempo le durara esta discapacidad?

5. ¿Necesita a un asistente personal para su cuidado? ☐ Si ☐ No
   *Un asistente de cuidados personales (PCA, sigla en inglés) se define como una persona que presta asistencia a un pasajero en las actividades de la vida diaria.

6. ¿Utiliza alguna ayuda para la movilidad o algún equipo especializado? ☐ Si ☐ No

Seleccione todas las que correspondan:

☐ Silla de ruedas manual	☐ Silla de ruedas de tamaño grande	☐ Muletas
☐ Silla de ruedas eléctrica	☐ Soporte de movilidad (Braces)	☐ Bastón
☐ Scooter	☐ Oxígeno portátil	☐ Andador
☐ Animal de servicio	☐ Tablero de comunicación	☐ Prótesis
☐ Bastón blanco	☐ Otros (especificar)	

SECCIÓN IV: Certificación del Solicitante

Al firmar esta solicitud, certifico que he sido honesto(a) al responder este formulario y que la información proporcionada es correcta según mi sincero saber y entendimiento. Los tutores legales deben proporcionar documentación.

Firma del solicitante	Fecha

Si el solicitante no puede firmar:

Representante autorizado o tutor legal nombre impreso	Relación con el solicitante
Número de teléfono	
Representante autorizado o tutor legal firma	Fecha

(Adjunte prueba de tutela si corresponde)

SECCIÓN V: Autorización del Solicitante para Divulgación de información médica

Autorizo al profesional que figura a continuación para que divulgue a RTA información sobre mi discapacidad y condición de salud y su efecto en mi capacidad para viajar en autobús o tren de la RTA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

La información confidencial en la medida permitida por la ley, con la excepción que la información puede ser compartida con otras agencias o profesionales involucrados en la determinación de su elegibilidad.

Información del profesional médico autorizado:

Nombre	Apellido	Título (MD, NP, PA)

Número de teléfono	Agencia/Organización

Firma del solicitante o autorizado	Fecha

Nombre del solicitante

PARTE II: VERIFICACIÓN MÉDICA

Para ser completado por su médico o psiquiatra con licencia

SECCIÓN I: Información del paciente

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento

SECCIÓN II: Información Profesional

Nombre	Apellido	Título (MD, NP, PA)

Número de licencia/certificación	Hospital/agencia asociada(o)

Dirección		

Ciudad	Estado	Código postal:

Número de teléfono de la oficina	Número de fax

Diagnóstico médico de discapacidad o impedimento (No usar códigos)

Este impedimento o discapacidad limita una o más actividades significativas de la vida que afectan su capacidad para usar el servicio de autobús o tren. Explique

¿La discapacidad/condición es permanente? ☐ Si ☐ No	Respondió no, fecha de recuperación anticipada

El solicitante Puede Hacer/Hace:

¿Dar direcciones y números de teléfono?	☐ Si ☐ No	
¿Reconoce un destino o punto de referencia?	☐ Si ☐ No	
¿Camina 200 pies sin ayuda?	☐ Si ☐ No	
¿Camine más de una (1) cuadra de la ciudad?	☐ Si ☐ No	Respondió sí, ¿cuántas?
¿Firmar su nombre?	☐ Si ☐ No	
¿Quedarse solo en un vehículo de tránsito?	☐ Si ☐ No	
¿Requiere un asistente de cuidado personal?	☐ Si ☐ No	
*Un asistente de cuidados personales (PCA, sigla en inglés) se define como una persona que presta asistencia a un pasajero en las actividades de la vida diaria.		
¿Historial de perderse / preguntarse?	☐ Si ☐ No	Respondió sí, ¿Frecuencia con la que ocurre?
¿El solicitante requiere el uso de un(os) dispositivo(s) de movilidad? Por favor explique:		

SECCIÓN III: Certificación

ESTA CERTIFICACIÓN HA SIDO COMPLETADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO LICENCIADO:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Por la presente verifico que el diagnóstico de discapacidad mencionado ha sido revisado por mí, es exacto y verdadero, y representa la condición física y/o mental actual del solicitante mencionado en este formulario.

Firma	Fecha

Para obtener ayuda para completar este formulario, llame a
la Oficina de registro de ADA de GCRTA al (216) 566-5124