



## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA

### INSTRUCCIONES

Paratrásito es un servicio de transporte especializado para personas que no pueden usar la Ruta-Fija de forma independiente, debido a una discapacidad o una condición relacionada con discapacidad temporal. Paratrásito es proporcionado por los sistemas de transporte público como parte de los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Para utilizar el servicio Paratrásito, primero debe certificarse para ser elegible. Lea las siguientes instrucciones antes de completar el formulario de solicitud adjunto. Toda la información que proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.

1. Complete y firme el frente de la aplicación en tinta azul.
2. Solicite que su profesional con licencia, que lo está tratando por una discapacidad calificada, complete la sección específica de la solicitud.

**Devuelva la solicitud SOLO EL ORIGINAL, con la Declaración de Discapacidad Médica del Licenciario Profesional Elegibilidad, por correo o entrega a:**

**Tulare County Regional Transit Agency  
200 E. Center Ave.  
Visalia, CA 93291  
(559) 972-2467**

### NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

TCRTA le notificará si su solicitud se aprueba dentro de los 21 días después de recibir su aplicación y le darán una fecha y hora de la cita para que se tome su foto de identificación. Si no puede cumplir con la cita, llame al Coordinador de ADA para reprogramar su cita al **(559) 972-2467**. **Su certificación no es definitiva hasta que haya completado este paso.**

Un autobús de Paratrásito TCRTA lo transportará a esta cita sin cargo, pero debe hacer sus propias reservaciones llamando al **(559) 372-2290** para programar su recogida.

TCRTA se reserva el derecho de hacer la determinación final de elegibilidad de la certificación ADA. Las solicitudes son solo para uso interno y no estarán sujetas a revisión pública. Si se deniega una solicitud, se puede presentar una apelación ante la Agencia de Transito Regional del Condado de Tulare, o puede volver a enviar su solicitud.

Si TCRTA no puede tomar una determinación dentro de los 21 días, el solicitante recibirá una presunta certificación temporal a partir del día 22 y continuará hasta que se pueda proporcionar una determinación oficial y una notificación por escrito.

**La información inexacta o incompleta en la solicitud, el hecho de no proporcionar la identificación requerida o la imposibilidad de verificar la certificación del profesional con licencia puede resultar en la imposibilidad de emitir la tarjeta TCRTA ADA dentro de los 21 días.**

### TRAIGA LO SIGUIENTE CUANDO USTED VAYA A SU CITA

1. Su identificación actual con foto emitida por el estado o el gobierno que muestre su fecha de nacimiento (licencia de conducir del estado, tarjetas de identificación del estado o pasaporte). **Fotocopias no serán aceptadas.**



**SOLICITUD DE  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA  
REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN REGLAMENTARIA ADA**

1. Cualquier persona con una discapacidad que pueda usar un vehículo accesible, pero para la que no se puede hacer el viaje deseado porque el servicio de Ruta-Fija que necesitan usar no se puede acceder, se considera elegible.
2. Personas que, debido a la naturaleza de sus discapacidades, no pueden navegar ni siquiera por un sistema de tránsito que de otra manera sea accesible.
  - A. Las personas que, debido a su discapacidad, no pueden abordar, viajar y / o desembarcar de forma independiente de ningún vehículo accesible.
  - B. Personas que tienen afecciones relacionadas con una discapacidad que les impiden llegar o ir a un lugar de embarque o desembarque. (Paradas de autobús)
  - C. Personas que han sido certificadas por ADA por otro proveedor de tránsito.
  - D. Una persona que viaja como acompañante de una persona que cumple con los requisitos de ADA Paratrásito se considera elegible para ese viaje.

**EJEMPLOS PARA EL TIPO DE CERTIFICACIÓN**

Los siguientes ejemplos se proporcionan como guía solo para ayudar al profesional de la licencia en su determinación del tipo de Certificación de Elegibilidad ADA apropiada para su paciente:

- **Elegibilidad permanente:** cualquier impedimento que pudiera causar que la persona se desoriente, confunda o sea incapaz de navegar sin la ayuda de otra persona y / o incapacidad para alcanzar físicamente un lugar fijo de embarque / desembarque, o para embarcar / desembarcar físicamente un autobús regular de Ruta-Fija que de otra manera es accesible.
- **Elegibilidad temporal:** cualquier impedimento temporal (por un período específico de tiempo hace que la persona quede discapacitada) que causaría que la persona se desoriente, confunda o sea incapaz de navegar sin la ayuda de otra persona y / o incapacidad para alcanzar físicamente un Ubicación fija de embarque / desembarque, o para abordar y / o desembarcar físicamente de un autobús regular de Ruta-Fija que de otra manera es accesible.
- **Elegibilidad condicional:** cualquier 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 la persona embarcar / desembarcar independientemente de cualquier ubicación de Ruta-Fija. (Esta categoría se distingue de la primera categoría en que el grado de discapacidad de los individuos en la primera categoría prohíbe el uso del sistema de Ruta-Fija, mientras que los individuos en esta categoría pueden usar el sistema de Ruta-Fija dentro de ciertos parámetros).



**SOLICITUD DE  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA**

**FOR OFFICE USE ONLY**  
Received: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Issued: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Expires: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) Señor ( ) Señora ( ) Señorita

\_\_\_\_\_  
Primer Nombre                      Apellido                      Segundo Inicial                      Fecha de nacimiento

Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Número de Casa      Nombre de Calle      Apt. #      Ciudad      Estado      Código Postal

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_  
Número de P.O Box                      Ciudad                      Código postal del estado

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TDD? ( ) SÍ ( ) NO Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma primaria (verifique): ( ) Inglés ( ) Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

¿Cuál es la intersección de la calle más cercana a su casa? (Ejemplo: Mooney y Tulare)

**Por favor, enumere a la persona que se contactará en caso de emergencia**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Si alguien ha ayudado con esta solicitud, proporcione la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia / Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Por favor seleccione todas las que correspondan a su situación:

- ( ) Bastón de apoyo                      ( ) Silla de ruedas manual                      ( ) Animal de servicio entrenado
- ( ) Muletas                      ( ) Silla de ruedas eléctrica                      ( ) Dispositivo de comunicación
- ( ) Apoyo (s) para la pierna                      ( ) Scooter eléctrico                      ( ) "Baston Blanco"
- ( ) "Walker" de aluminio                      ( ) Oxígeno portátil                      ( ) NINGUNO
- ( ) Otro (describa): \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Eligibility Conditions: \_\_\_\_\_ ADA ID #: \_\_\_\_\_



**SOLICITUD DE  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA**

1. ¿Qué condiciones de salud o discapacidad le impiden usar el servicio regular de Ruta-Fija?

---

---

---

2. ¿Puede caminar o usar su silla de ruedas o dispositivo (s) de asistencia desde su hogar hasta la intersección más cercana sin ayuda y sin lastimarse? ( ) SÍ ( ) NO

3. ¿Puede cruzar una calle con seguridad solo ( ) SÍ ( ) NO

4. ¿Puedes llegar a una parada de autobús sin perderte y esperar en la parada para que llegue el autobús?

( ) SÍ ( ) NO Si la respuesta es No, explique: \_\_\_\_\_

5. En una parada de autobús, ¿cuánto tiempo puede pararse y esperar el autobús? \_\_\_\_\_

6. ¿Puedes entender la información del horario del autobús? ( ) SÍ ( ) NO

7. Si estuviera en el autobús, ¿podría pagar la tarifa poniendo monedas o boletos en la caja de la tarifa, o mostrando un pase al conductor del autobús? ( ) SÍ ( ) NO

Si no, explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Alguna vez ha recibido "entrenamiento de orientación y movilidad" o "entrenamiento de viaje"? ( ) SÍ ( ) NO

Si no, ¿estaría interesado en recibir capacitación? ( ) SÍ ( ) NO

9. ¿Recibe tratamiento de diálisis? ( ) SÍ ( ) NO

Si contesto sí, ¿dónde? ¿Con qué frecuencia y/o cuál?

---

10. ¿Reside en un centro de vida asistida o en un asilo de ancianos? ( ) SÍ ( ) NO

¿Si contesto sí, cuál? \_\_\_\_\_

11. ¿Puede subir y bajar tres (3) pasos (12 "con pasamanos)? ( ) SÍ ( ) NO

12. Si usa una silla de ruedas / scooter, ¿puede trasladarse de la silla de ruedas / scooter a un asiento?

( ) SÍ ( ) NO

13. ¿Necesita que alguien viaje con usted? ( ) SÍ ( ) NO

Si contesto sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_

14. ¿Puede llamar de manera independiente y hacer o cancelar reservas de viaje? ( ) SÍ ( ) NO

15. ¿Puede esperar independientemente solo en su residencia y lugar al que viaja? ( ) SÍ ( ) NO

Si no, explique: \_\_\_\_\_

16. ¿Son sus condiciones las que describió: ( ) Permanente ( ) Temporal



**SOLICITUD DE  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA**

17. Agregue cualquier otra información que desee que conozcamos sobre su discapacidad o condición:

---

---

---

---

**ACUERDO Y AUTORIZACIÓN:**

Por la presente declaro que la información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar la información a sabiendas resultará en una denegación de servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y solo la información requerida para proporcionar el servicio que solicito se divulgará a quienes la realicen. Entiendo que puede ser necesario contactar a un profesional familiarizado con mis habilidades funcionales para usar el transporte público para ayudar a determinar la elegibilidad.



\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (**NO** se aceptan las firmas selladas / copias / fax)                      Fecha

Por la presente autorizo al siguiente profesional con licencia (médico, terapeuta, trabajador social, etc.) que puede verificar mi discapacidad o afección relacionada con la salud, para divulgar esta información a mi agencia local de transporte público. Esta información se usará solo para verificar mi elegibilidad para los servicios de paratransito. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento.



\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante (**NO** se aceptan las firmas selladas / copias / fax)                      Fecha

Nombre del profesional autorizado que puede divulgar mi información médica:

Name of Licensed Professional who may release my medical information: Name: _____ Address: _____ Phone Number: (_____) _____ - _____
---



**SOLICITUD DE  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA**

**DECLARACIÓN DE ADA LICENCIA DE ELEGIBILIDAD DE ADA**

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 requiere que el Operador de Tránsito Local brinde servicios de para-transporte a las personas que, debido a su condición médica o discapacidad, se les impide usar los autobuses de Ruta-Fija. El estado económico y las condiciones ambientales no pueden considerarse factores "médicos" en la evaluación de la elegibilidad de paratránsito. La información solicitada de usted en las siguientes secciones se utilizará para determinar la elegibilidad de ADA de los solicitantes. Es importante que todas las preguntas se respondan de manera completa y precisa de acuerdo con su conocimiento y de acuerdo con sus registros. Si la información está incompleta o no está clara, es posible que debamos contactarlo para una aclaración. Gracias por su cooperación.

**ESTA SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES:**

- ( ) Médico                      ( ) Quiropráctico                      ( ) Proveedor de atención médica
- ( ) Fisioterapeuta              ( ) Consejero de rehabilitación      ( ) Otro profesional con licencia \_\_\_\_\_

**¿La discapacidad es permanente?** ( ) SÍ ( ) NO

**Si NO, ¿CUÁNTO TIEMPO** espera que dure la discapacidad? \_\_\_\_\_

\* **NOTA:** si una discapacidad es temporal, debe durar por lo menos 90 días para ser elegible para una tarifa reducida.

**MEDICAL PROVIDER PLEASE ANSWER:**

Please provide Formal Medical Diagnosis to describe the applicant's primary impairments or disabling conditions:  
(NOTE: WITHOUT THIS DIAGNOSIS CERTIFICATION WILL BE DENIED)

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

Can applicant travel independently from his/her house to the sidewalk? ( ) YES ( ) NO

If "no" or "sometimes" please explain: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assuming the use of a mobility aid, if applicable, and with no major barriers in his/her path, how far can the applicant independently travel without help or significant risk of injury?

- ( ) less than 1/4 mile      ( ) 1/4 mile      ( ) 1/2 mile      ( ) 3/4 mile      ( ) more than 3/4 mile

Does the applicant's disability require him/her to travel with another person who provides personal assistance?

- ( ) YES      ( ) NO      ( ) SOMETIMES

Is the applicant wheelchair dependent? ( ) YES ( ) NO



**SOLICITUD DE  
CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO ADA**

Can the applicant walk up and down steps (12" rise, each step, with handrails available)?

( ) YES ( ) NO ( ) SOMETIMES

Does the Applicant require a lift-equipped vehicle to board? ( ) YES ( ) NO

**Please complete only one of the sections below:**

**APPROVAL FOR PARATRANSIT SERVICES (Please check ALL that apply)**

- ( ) I certify that the applicant "because of their disability, cannot independently board ride and/or disembark from any wheelchair accessible vehicle".
- ( ) I certify that the applicant has a "disability-related condition(s) that prevents them from getting to or from a boarding or disembarking location".
- ( ) I certify the applicant requires a personal care attendant (PCA) to accompany them during transportation.

**DENIAL OF PARATRANSIT SERVICES**

- ( ) I certify that the applicant has a disability-related condition(s); **however they are able to get to or from a fixed route bus stop, board, ride, and disembark from any accessible fixed route vehicle and do not need Paratransit services at this time.**

I certify that I am a legally licensed professional by the State of California. I am currently treating the client/patient listed on the front of this application for a qualifying disability, the applicant is disabled as defined by the above criteria, and the information I have provided is true and correct under penalty of perjury according to the laws of the State of California.

\_\_\_\_\_  
Licensed Professional's Name **(PRINTED)**

\_\_\_\_\_  
License's Professional's License # **(REQUIRED)**



\_\_\_\_\_  
Signature **(MUST BE AN ORIGINAL: stamped/copies/faxed NOT ACCEPTED)**

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Address/Suite/City, State, Zip Code

(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Phone Number