



Solicitud e instrucciones de elegibilidad de paratransito de la ADA

Querido solicitante,

Gracias por preguntar acerca de cómo solicitar la elegibilidad de Paratransit de Liberty Transit. Se adjunta una copia de una solicitud de Certificación de elegibilidad de paratransito de la ADA.

Lea atentamente los materiales adjuntos antes de completar la solicitud.

El servicio Liberty Transit ADA Paratransit brinda servicio a las personas que no pueden usar el servicio de autobús de ruta fija debido a una discapacidad. La incapacidad para usar el servicio de autobús de ruta fija puede incluir no poder viajar hacia y desde las paradas de autobús, subir o bajar de los autobuses, o entender cómo viajar y usar el sistema de autobús.

Liberty Transit Paratransit ofrece transporte compartido, servicio de acera a acera a personas determinadas como “elegibles para la ADA” para aquellos viajes que no se pueden realizar usando el servicio de ruta fija. Es posible, por ejemplo, ser capaz de utilizar de ruta fija de servicio para algunas excursiones si las paradas son cercana y allí son no

hay barreras que impiden que de llegar ay desde el autobús. En otras ocasiones, es posible que no pueda usar el autobús, el servicio de paratransito de Liberty Transit está destinado a ayudarlo en esos momentos.

Para permitir a nosotros a precisión determinar su elegibilidad para este servicio, por favor completar la adjunta solicitud con la mayor precisión posible. Las preguntas están destinadas a determinar las circunstancias bajo las cuales puede utilizar los servicios de ruta fija o paratransito .

Si necesita ayuda para completar este formulario o tiene preguntas, comuníquese con nuestra oficina al 912-800-9318. Esta carta y la solicitud están disponibles en formatos alternativos.

Después de haber completado la información de la aplicación, por favor tener un profesional o incapacidad de la salud licenciado caso del trabajador que está familiarizado con su salud condición o discapacidad y sus funcionales capacidades y limitaciones completar el cuidado de la salud profesional de la información. La información que proporciona en esta solicitud es confidencial.

No adjunte información médica a esta solicitud. Envíe su solicitud por correo a:

Liberty Transit
c / o Ciudad de Hinesville
613 Elma G. Miles Pkwy
Hinesville, GA 31313



Las solicitudes completadas se procesarán dentro de los veintiún días posteriores a su recepción. Luego, se le notificará por escrito sobre su estado de elegibilidad. Si se requiere tiempo adicional para completar la evaluación y determinación, se le otorgará elegibilidad temporal hasta que se complete el proceso.

Si determinamos que puede utilizar el servicio de ruta fija de Liberty Transit y, por lo tanto, no es elegible para el servicio de paratransito, le notificaremos los motivos de esta determinación. Puede apelar esta decisión por escrito. Liberty Transit no proporcionará servicio de paratransito complementario durante el proceso de apelación a menos que el proceso de apelación no pueda concluirse dentro de los treinta días.



FOR INTERNAL USE ONLY

Application reviewed for completeness
by: _____

Date completed application received: _____

Application tracking number: _____

información del aplicante

Título: Sr. Sra . Srta. Sra .

Nombre: _____

Dirección postal : _____

Dirección física (si es diferente a la del correo): _____

Número de teléfono / TDD (día): _____ (noche): _____

Fecha de nacimiento: // Sexo:

Masculino Femenino _____

Idioma principal: Inglés Español Signo Otro: _____

Formatos accesibles: Impresión estándar Letra grande Braille Cinta de audio

Otro: _____



Tipo o elegibilidad: Condicional Temporal Condicional Permanente

Temporal incondicional Permanente incondicional

Indíquenos el nombre y el número de teléfono de un amigo o familiar al que podamos llamar en caso de que no podamos comunicarnos con usted en su número habitual:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono / TDD (día): _____ (tarde): _____

Si esta solicitud ha sido completada por otra persona que no sea el solicitante que solicita la certificación, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre: _____

La Dirección: _____

Teléfono: (día) _____ (tarde) _____

Firmado: _____ Fecha: _____

En caso de emergencia: enumere los nombres de dos personas, incluidos profesionales de apoyo, agencias u otras personas familiarizadas con su discapacidad con las que Liberty Transit pueda comunicarse:

Nombre: _____ Trabajo # _____ Casa # _____

La Dirección: _____

Relación: _____

Nombre: _____ Trabajo # _____ Casa # _____

La Dirección: _____

Relación: _____



Acerca de su discapacidad

1. ¿Tiene una discapacidad que le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Liberty Transit? Sí No

En caso afirmativo, describa todas y cada una de las discapacidades físicas, mentales, visuales o funcionales que le impidan utilizar los servicios de autobús de ruta fija de Liberty Transit.

2. Explique cómo su discapacidad le impide utilizar de forma independiente el servicio de autobús de ruta fija :

3. ¿Son las condiciones que describió? Permanente Temporal Varía día a día



Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera tener esta discapacidad? _____

4. ¿Tiene sensibilidad al frío definida médicamente? Sí No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas? _____

En caso afirmativo, explique: _____

5. ¿Tiene sensibilidad al calor definida médicamente? Sí No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas? _____

En caso afirmativo, explique: _____

6. ¿Otras condiciones climáticas / de iluminación (viento, anochecer / oscuridad o deslumbramiento) afectan su discapacidad? En caso afirmativo, explíquelo

por favor: _____

7. ¿Tiene alguna discapacidad visual? Sí No A veces

En caso afirmativo oa veces, explique: _____

8. ¿ Su respiración se ve afectada por el clima o las condiciones ambientales: Sí No A veces

En caso afirmativo oa veces, explique: _____

9. ¿Cambia el alcance de su discapacidad después del tratamiento médico? Sí No A veces

En caso afirmativo oa veces, explique: _____



10. ¿Hay algún otro comentario o información adicional relacionada con su discapacidad que le gustaría explicar? _____

Viajar hacia y desde las paradas de autobús

1. ¿Puede localizar paradas de autobús de ruta fija, destinos, ubicaciones o cruces de

calles de forma independiente? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

2. ¿Puede viajar de forma independiente después del anochecer? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

3. ¿Puede viajar 200 pies de manera segura e independiente sin la ayuda de

otra persona? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

4. ¿Puede viajar de forma segura e independiente 1/4 de milla (aproximadamente 4 cuadras) sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____



5. ¿Puede llegar y regresar de la parada de autobús de su vecindario de

manera independiente? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

6. ¿Puede esperar afuera sin ayuda o apoyo durante 10 (diez) minutos?

Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

7. ¿Puede salir y regresar a su destino habitual (paradas de autobús local) de

forma independiente? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

8. ¿Puede esperar más de 15 minutos? Sí No A veces Si es

así, ¿cuánto tiempo puede esperar? minutos _____

9. ¿Puede viajar sobre superficies planas cuando hace buen tiempo? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

10. ¿Puede viajar en pendientes leves con buen tiempo? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

11. ¿Puede ir y venir de la parada de transporte público más cercana? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____



12. ¿Podrías esperar si hubiera un asiento o una parada de autobús? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

13. ¿Podrías esperar si **NO** hubiera asiento o marquesina para el autobús? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

14. ¿Cuánto tiempo eres capaz de esperar un autobús para llegar? minutos _____

Subir y bajar del autobús

1. ¿Puede subir y bajar de forma segura e independiente tres

(3) escalones de 12 pulgadas ? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

2. ¿Puede abordar, viajar o bajarse de un autobús accesible para sillas de ruedas sin ayuda? Sí
 No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____



3. ¿Puede agarrar las manijas o las barandas al subir o bajar del autobús? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

4. ¿Puede subir o bajar de un vehículo si tiene un reclinatorio que baja la parte delantera del autobús? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

5. ¿Puede subir y bajar de un autobús sin ayuda? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

6. ¿Alguna vez recibió capacitación para aprender a viajar por la comunidad o sobre cómo usar los autobuses de ruta fija? Sí No

7. ¿Le gustaría información sobre formación gratuita para utilizar los autobuses de ruta fija? Sí No

8. Enumere los tres lugares a los que va con más frecuencia y cómo llega ahora.

A. ¿A dónde vas? _____

¿La Direction? _____

¿Con qué frecuencia vas allí? _____

¿Cómo llegas ahí ahora? _____



B. ¿A dónde vas? _____

¿La direction? _____

¿Con qué frecuencia vas allí? _____

¿Cómo llegas ahí ahora? _____

C. ¿A dónde vas? _____

¿La direction? _____

¿Con qué frecuencia
vas allí? _____

¿Cómo llegas ahí ahora? _____

Entrega de servicios

1. ¿Utiliza una silla de ruedas o un scooter? Sí No

¿Qué tan ancho es? pulgadas _____

¿Qué tan pesado es cuando está ocupado? libras _____

Esta información no se utiliza para determinar la elegibilidad para el paratransito. Es responsabilidad del solicitante conocer las dimensiones de su dispositivo de movilidad y si excede la definición de una silla de ruedas común.



a Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 define una silla de ruedas común como no más de 30 pulgadas de ancho, 48 pulgadas de largo, cuando se mide a 2 pulgadas sobre el suelo y no pesa más de 600 libras cuando está ocupada.

Si su dispositivo de movilidad excede estas dimensiones, la ADA no garantiza el servicio de paratransito.

2. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo especializado cuando viaja? Marque todas las que apliquen.

- Silla de ruedas manual Bastón blanco largo Bastón Muletas
- Tablero de comunicación Silla de ruedas eléctrica Animal de servicio Walker
- Patineta eléctrica (3 ruedas) Otras ayudas: _____
- Silla eléctrica grande (supera la ADA)

3. Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿lo usará en el paratransito? Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

4 ¿Puede esperar 15 minutos en una parada de autobús público con su dispositivo de movilidad ?

Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____



5. ¿Necesita un asistente (cuidado personal, guía de la vista) para viajar con usted? Un asistente puede ayudarlo con cualquier necesidad personal o de viaje, como cruzar la calle, subir escaleras, etc.

Sí No A veces

Si no o algunas veces, explique: _____

6. ¿Viaja con niños menores de 10 años? Sí No

Liberación de información

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para usar el servicio Liberty Transit Paratransit. Por la presente, autorizo a mi profesional de la salud a divulgar información sobre mi discapacidad y su efecto en mi capacidad para viajar, lo que puede ser necesario en relación con mi solicitud de certificación de elegibilidad de paratransito de la ADA. Tengo entendido que la información divulgada se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para el paratransito de la ADA. Acepto divulgar esta información a Liberty Transit. Este comunicado autoriza a Liberty Transit T a comunicarse directamente con mi profesional de atención médica para obtener más información o aclarar la información proporcionada.

Acepto notificar a Liberty Transit de cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecte mi capacidad para utilizar el servicio de paratransito complementario. Entiendo que proporcionar información falsa en esta solicitud podría resultar en la pérdida del servicio de paratransito de la ADA, así como en una multa según la ley.

Por la presente certifico que soy la persona que solicita la certificación para el servicio de paratransito complementario de la ADA y que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera y precisa:



Firmado: _____ **Fecha:** _____

Nombre del solicitante en letra de imprenta : _____

Si el solicitante es menor de edad o tiene un tutor legal, el padre o tutor debe firmar esta solicitud y dar fe de la exactitud de la información aquí contenida.

Firma del padre o tutor legal: _____ **Fecha:** _____

Liberty Transit Adjunto a la Solicitud de Servicio de Paratr nsito Complementario

Estimado profesional de atención médica o asistente social de discapacidad

La ley federal requiere que Liberty Transit proporcione un servicio de paratr nsito complementario a las personas que no pueden usar el sistema de autobús de ruta fija accesible.

La información que proporcione en la Verificación profesional adjunta permitirá a Liberty Transit realizar una evaluación adecuada de la movilidad del solicitante y determinar cómo podemos satisfacer mejor sus necesidades.

De acuerdo con la ‘‘Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990’’ (ADA) y sus regulaciones, Sección 37.123 (e), hay dos circunstancias específicas bajo las cuales una persona será considerada elegible por ADA para el Servicio de Paratr nsito Complementario de Liberty Transit.

1. Cualquier individuo con una discapacidad que no pueda, como resultado de un impedimento físico o mental (incluido un impedimento de la vista), y sin la ayuda de otro individuo (excepto el operador de un elevador de sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia para abordar), para abordar, montar o desembarcar de cualquier v hculo del sistema que sea fácilmente accesible y utilizable por personas con discapacidades.



2. Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición específica relacionada con una discapacidad que le impida viajar a un lugar de embarque o de un lugar de desembarque en dicho sistema.

Tenga en cuenta que esto no incluye a las personas a las que les resulta incómodo o difícil ir y venir de las paradas de autobús.

Los recursos para este servicio son limitados y su evaluación de cada persona debe basarse únicamente en la capacidad de la persona para utilizar el servicio de tránsito regular. Todos los autobuses de ruta fija son accesibles según la ADA. Su verificación debe considerar solo la presencia de una condición discapacitante, no el estado económico del solicitante . Tenga cuidado al evaluar a los solicitantes de este servicio.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o el proceso de revisión, comuníquese con Liberty Transit al (912) 800-9318

Atentamente,

Donna Dale ,
Director de transito
Liberty Transit
115 East MLK,
Jr. Drive
Hinesville, GA
31313

Esta parte del formulario de solicitud debe ser completado por el correo de los profesionales de atención médica siguientes **que lo está tratando actualmente el solicitante de su discapacidad, y está** autorizado a proporcionar esta información a la libertad de tránsito con el fin de completar la solicitud de certificación:

Marque la casilla correspondiente para identificar su profesión

- un especialista en rehabilitación
- un especialista en orientación y movilidad
- un terapeuta ocupacional o físico
- un consejero de vida independiente



un trabajador social
 un consejero
de rehabilitación vocacional
 un oftalmólogo
u optometrista

un médico
o enfermero
registrado un
psicólogo o psiquiatra
 un consejero
de salud
mental

Nombre del solicitante : _____

1. ¿En qué calidad conoce al solicitante y durante cuánto tiempo?

2. ¿ El solicitante es su cliente habitual? Sí No

2. Indique todos los diagnósticos médicos de la discapacidad del solicitante. (Escriba con letra de imprenta clara).

4. ¿ La condición es temporal? Sí No

En caso afirmativo, especifique el tiempo desde (ejemplo: 6 meses) dentro del cual prevé que el solicitante se recuperará o la próxima reevaluación.

5. ¿Es probable que esta condición empeore? Sí No

6. ¿El solicitante requiere el uso de lo siguiente? (marque cada uno, donde corresponda)

	sí	No	Algunas veces
Silla de ruedas manual	_____	_____	_____
Silla de ruedas motorizada	_____	_____	_____
Bastón, muletas o andador	_____	_____	_____



Animal de servicio _____
 Asistente de cuidado personal _____

7. ¿ El solicitante puede hacer algo de lo siguiente con el uso de una ayuda de movilidad y sin la ayuda de otra persona?

	sí	No	Algunas veces
¿Viaja ½ cuadra?	_____	_____	_____
¿Viaja 1 cuadra?	_____	_____	_____
¿Viajar 2 cuadras?	_____	_____	_____
Viaja 4 cuadras o más:	_____	_____	_____
¿Subir tres escalones de 12 ”?	_____	_____	_____

Espera afuera sin apoyo

¿durante 10 minutos? _____

Si “No” o “A veces”, describir en detalle todos los factores que podrían tener un impacto adverso sobre el solicitante ' s habilidades para viajar o fuera de espera.

8. ¿Puede el solicitante cruzar la calle de forma independiente? [] Sí [] No

9. ¿En qué circunstancias cree que el solicitante podría utilizar de forma independiente el servicio de autobús de ruta fija accesible LIBERTY TRANSIT? Por favor describa. (ejemplo: si la persona recibe orientación de tránsito, si la distancia a la parada de autobús no es demasiado grande)

10. ¿ Puede el solicitante :

- ¿Dar direcciones y número de teléfono si lo solicita? [] Sí [] No
- ¿ Reconoce un destino o un punto de referencia? [] Sí [] No
- ¿Firmar su nombre? [] Sí [] No
- ¿Lidia con situaciones inesperadas ? [] Sí [] No
- ¿Pide, entiende y sigue instrucciones? [] Sí [] No



11. ¿Está el solicitante tomando actualmente algún medicamento que probablemente tenga un impacto en sus capacidades o limitaciones para viajar ? [] Sí [] No

En caso afirmativo, indique si hay efectos secundarios. _____

12. ¿El solicitante experimenta días episódicos ? [] Sí [] No

13. ¿ La discapacidad es la misma todos los días? [] Sí [] No

14. ¿El clima afecta la capacidad del solicitante para viajar? [] Sí [] No

En caso afirmativo, explique y enumere las temperaturas a las que se vería afectado el solicitante.

Por la presente afirmo que las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma del profesional _____

Nombre: _____

Nombre del profesional impreso: _____

Dirección de la oficina : _____

Ciudad: Estado: Código postal: _____

Teléfono de oficina : _____

Devuelva este formulario completo directamente a su paciente.