



SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DE ADA

Información importante para los solicitantes

Gracias por preguntar sobre la elegibilidad para el Servicio de Paratrásito de ADA. El Servicio de Paratrásito está reservado para las personas que viven con una incapacidad y que no pueden utilizar de forma independiente, sin la ayuda de otra persona, el transporte público de ruta fija equipado con ascensor, ocasionalmente o todo el tiempo, debido a una afección relacionada con la salud. Como parte de los requisitos de la Ley de Norteamericanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), el servicio de paratrásito es proporcionado por todos los sistemas de transporte público. El Servicio de Paratrásito es un servicio de transporte compartido que no depende del propósito del viaje. El Servicio de Paratrásito da servicio principalmente a orígenes y destinos en un radio de $\frac{3}{4}$ de una milla de las rutas fijas regulares.

Para utilizar el Servicio de Paratrásito de ADA en el condado de Napa, debe solicitar la elegibilidad. La elegibilidad es determinada en función de cada caso específico. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad está estrictamente destinada a aquellos que tengan limitaciones específicas que les impidan utilizar el transporte público accesible equipado con ascensor como las rutas tradicionales de tránsito de Vine, ocasionalmente o todo el tiempo.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad total (incondicional) o de manera limitada, solamente para ciertos viajes (elegibilidad condicional). Para solicitar la elegibilidad, usted debe llenar por completo y devolver la solicitud adjunta. Tenga en cuenta que si se necesita más información para tomar una determinación de elegibilidad, se puede requerir una entrevista en persona o por teléfono, comunicación con su profesional de la salud, y/o que un profesional autorizado llene el formulario de Verificación Médica (que se encuentra en la página 9-11 de esta solicitud). Aunque no es un requisito obligatorio para hacer la solicitud, la verificación médica de un profesional certificado puede ayudar a determinar su elegibilidad y puede presentarse en el momento de la solicitud.

Su solicitud será analizada en el transcurso de 21 días después de que se reciba. Se le notificará por correo la determinación de su elegibilidad. Si usted recibe la certificación de elegibilidad, tendrá la posibilidad de viajar por servicios de paratrásito público en el Condado de Napa y otras regiones que llegue a visitar.



Si usted no está de acuerdo con la determinación de su elegibilidad, tiene el derecho de apelar. La información sobre cómo apelar estará incluida en su notificación de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad demora más de 21 días, a usted se le puede proporcionar una elegibilidad que le permita utilizar el sistema de paratransito hasta que se tome una determinación final acerca de su elegibilidad. Esto no aplica si, debido a omisiones de su parte, somos incapaces de procesar por completo su solicitud.

Instrucciones para los solicitantes

1. Conteste todas las preguntas de la solicitud de Paratransito que siguen a esta página.
2. Use letra de molde o escriba a máquina respuestas completas a todas las preguntas. **Sólo se dará trámite a las solicitudes completas.** Si su solicitud no está completa se le notificará.
3. Por favor, imprima o escriba las respuestas completas a todas las preguntas. Solo se procesarán las solicitudes completas. Si su solicitud no está completa, se le notificará.
4. Debe proporcionar dos firmas en la página 8 para completar la solicitud:
 - Certificación del solicitante
 - Autorización para revelar información
5. Devuelva la solicitud llena a NVTA. Las solicitudes completas pueden enviarse por:
 - Correo postal: VineGo Eligibility, 625 Burnell St, Napa, CA 94559
 - Correo electrónico: vinego@nvta.ca.gov
6. Complete y envíe el Formulario de Autorización Profesional Médica (páginas 9-11) junto con esta solicitud. El formulario debe ser completado y firmado por un profesional medico con licencia. Las solicitudes se considerarán incompletas sin este formulario. La información compartida está protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). Al enviar este formulario, usted acepta que NVTA y un trabajador de elegibilidad se pongan en contacto con su profesional de medico según sea necesario. Si se determina alguna falsificación de información, esto podría resultar en la suspensión o cancelación inmediata de los servicios de paratransito del solicitante.
El Formulario de Autorización Profesional Médica debe ser completado por una de las siguientes personas: Médico/MD/DO, Enfermero/A Titulado/A o Con Licencia, Fisioterapeuta/Asistente, Terapeuta/Asistente Ocupacional, Psicólogo/A, Psiquiatra, Podólogo/A, Audiólogo/A, Oftalmólogo/A, Especialista en Rehabilitación, Trabajador/A Social Clínico/Instructor/A de Orientación Y Movilidad De MFCC, o Maestro/A de Educación Especial, o Administrador del Caso.



Instrucciones para los solicitantes

Llene todas las secciones de este formulario. Las solicitudes incompletas serán devueltas. La información proporcionada ayudará a determinar qué tipo de servicio de transporte es el adecuado para usted. Toda la información permanecerá confidencial.

Información del solicitante (Por favor use letra de molde o máquina de escribir)

☐ Nueva solicitud ☐ Recertificación (Número de pasajero existente _____)

Nombre (nombre, segundo nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ ☐ Femenino ☐ Masculino

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Tagalog

☐ Otro (especifique): _____

Dirección de servicio: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Dirección postal (si es diferente):

_____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Teléfono (día): (____) _____ **TDD/TTY:** (____) _____

Teléfono (noche): (____) _____ **Teléfono celular:** (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

Favor de enviarme información escrita en un formato alternativo (seleccione a continuación si corresponde)

☐ Letra grande ☐ Audiotape ☐ Braille ☐ Digital ☐ Otro _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar? (De preferencia un contacto LOCAL)?

Nombre: _____ Teléfono (día): (____) _____

Relación: _____ Teléfono (noche): (____) _____

Persona que llena la solicitud si no es la solicitante:

Nombre en letra de molde: _____ Relación con el solicitante: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Teléfono (día): (____) _____ Teléfono (noche): (____) _____

¿Se debe contactar con esta persona si se necesita información adicional? ☐ Yes ☐ No

Por favor responda detalladamente a las siguientes preguntas - sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

Cuéntenos acerca de su incapacidad/afección relacionada con la salud

1. ¿Tiene alguna incapacidad que, en parte o todo el tiempo, le impida utilizar de forma independiente el transporte público (autobús de ruta fija)?
- El servicio de autobús de ruta fija es un servicio de transporte público que utiliza autobuses para proporcionar transporte a lo largo de una ruta designada que se detiene en las paradas de autobús según un horario predeterminado. El servicio de autobuses de ruta fija en el condado de Napa es operado por La Autoridad de Transportación del Valle de Napa (NVRTA).

☐ No

☐ Sí

Si es así, describa CÓMO su afección le impide utilizar un autobús de ruta fija (respuesta requerida).

2. ¿Qué tipos de incapacidades le impiden usar los autobuses de ruta fija ocasionalmente o todo el tiempo?

☐ Incapacidad física

☐ Incapacidad del desarrollo

☐ Enfermedad mental

☐ Cirugía reciente

☐ Deficiencia visual

☐ Otro: _____

3. Las condiciones que usted describió son:

☐ Permanentes

☐ Temporales

☐ No sé

Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?

4. Los operadores de paratransito no pueden realizar las tareas de un asistente de cuidado personal (PCA). ¿Necesitará viajar con un asistente PCA o con alguien que le ayude cuando utilice el paratransito?

☐ Siempre

☐ Algunas veces

☐ Nunca

Uso de autobuses de ruta fija

5. ¿Utiliza actualmente el servicio de autobuses de ruta fija?

☐ Sí ☐ No ☐ Algunas veces

6. ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el servicio de autobús de ruta fija solo(a)?

Especifique: _____

☐ Nunca he utilizado el servicio de autobuses de ruta fija.

7. ¿Ha recibido alguna vez capacitación sobre cómo utilizar el servicio de autobuses de ruta fija?

☐ Sí ☐ No

8. ¿Está interesado(a) en recibir capacitación para viajar? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Es capaz de esperar en una parada de autobús a un autobús de ruta fija?

☐ Sí ☐ Sólo si hay un banco o es una parada con techo ☐ No más de 15 minutos ☐ No ☐ Sometimes. **Descripción necesaria:** _____

10. ¿Qué distancia puede recorrer de forma independiente hasta una parada de autobús?

☐ Menos de 1 cuadra ☐ 1 cuadra ☐ 2 cuadras ☐ 3 cuadras o más

11. ¿Puede mantener el equilibrio, mientras está sentado(a), en un autobús de ruta fija en movimiento? ☐ Sí ☐ No ☐ Sometimes

12. ¿Cómo viaja ahora? (Marque todas las que aplican):

☐ Autobuses ☐ Paratransito ☐ Conduzco ☐ Caminar/Rodar ☐ Taxi
☐ Uber/Lyft ☐ En bicicleta ☐ Alguien me lleva en coche
☐ Otro: _____

13. Por favor agregue cualquier otra información que a usted le gustaría que supiéramos acerca de sus capacidades:

14. ¿Qué es lo que mejor describe su capacidad para utilizar el sistema de autobuses de ruta fija de forma independiente? **Marque todas las que correspondan.**

☐ La gravedad de mi incapacidad o estado de salud puede cambiar de un día para otro. Puedo viajar en los autobuses de ruta fija cuando me siento bien, pero no en otros momentos.

Descripción necesaria _____

☐ No puedo viajar en los autobuses de ruta fija cuando hace oscuro debido a mi incapacidad o estado de salud.

☐ Sólo puedo llegar y regresar de las paradas de autobús si hay y aceras niveladas con rampas.

☐ Me cuesta entender o recordar todo lo que tendría que hacer para utilizar los autobuses de ruta fija.

☐ Puedo utilizar los autobuses de ruta fija si es un lugar al que voy siempre.

☐ No estoy seguro(a) de poder utilizar los autobuses de ruta fija por mí mismo(a).

☐ No puedo utilizar los autobuses de ruta fija por mí mismo(a) por otras razones.

Descripción necesaria _____

Información sobre equipo y/o ayudas de movilidad

15. ¿Cuál de estas ayudas de movilidad utiliza actualmente cuando viaja? Seleccione todo lo que aplica para usted.

- | | |
|---|---|
| ☐ Ninguna ayuda de movilidad | ☐ Silla de ruedas motorizada |
| ☐ Andador | ☐ Bastón de apoyo |
| ☐ Andador con asiento | ☐ Scooter/carrito eléctrico |
| ☐ Silla de ruedas manual | ☐ Bastón blanco |
| ☐ Aparato ortopédico | ☐ Oxígeno portátil |
| ☐ Tablero de comunicación | ☐ Silla de ruedas motorizada |
| ☐ Dispositivo de habla | ☐ Animal de servicio |
| | ☐ Prótesis |
| | ☐ Otro (especifique): _____ |

Certificación del solicitante

Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. El propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para utilizar los Servicios de Paratransito. Entiendo que la falsificación de la información a sabiendas podría resultar en la pérdida o la negación de los Servicios de Paratransito, así como la sanción en virtud de la ley.

Entiendo que toda la información será manejada de forma confidencial, y que solamente la información requerida para proporcionar los servicios que solicito les será revelada a aquellos que realizan los servicios. Asimismo entiendo que, sin costo alguno para mí, se me puede pedir que participe en una evaluación funcional en persona de mis habilidades de viaje y estoy de acuerdo con dicha evaluación funcional si es necesaria.

Entiendo que pudiera ser necesario comunicarse con un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para usar el transporte público con el fin de ayudar a la determinación de elegibilidad o pedirle que llene un formulario de Verificación Médica. Estoy de acuerdo en notificar a mi proveedor de servicios de Paratransito si mi afección cambia, mi dispositivo de movilidad ha cambiado, o si ya no necesito los servicios de Paratransito.

Firma del solicitante o del tutor, si procede

Fecha

Autorización para revelar información Médica

(Para ser llenado por el solicitante)

Por medio de la presente, autorizo al siguiente profesional certificado (doctor(a), terapeuta, trabajador(a) social, etc) quien puede verificar mi incapacidad o afección relacionada con la salud, a revelar esta información a mi agencia local de transporte público. Esta información será utilizada solamente para verificar mi elegibilidad para los servicios de paratransito.

Entiendo que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización, y que puedo revocarla en cualquier momento.

Nombre del profesional que puede revelar mi información médica:

Nombre:

Servicio que presta:

Dirección:

Número de registro médico o identificación, si se conoce:

Teléfono:

Fax:

Firma del solicitante o del tutor, si procede

Fecha

Formulario de verificación médica

Para el solicitante: No se requiere un Formulario de Verificación Médica para solicitar la elegibilidad. Sin embargo, es posible que le pidamos que presente la Verificación Médica después de revisar su solicitud llenada si se necesita más información. Los solicitantes pueden presentar el formulario de verificación médica con su solicitud completa para ayudar a determinar la elegibilidad.

DEBE SER LLENADO POR UN PROFESIONAL, NO POR EL SOLICITANTE

To the Professional: The ADA regulations state that persons are eligible for Paratransit Service if, because of a disability or medical condition, they are, sometimes or all of the time, physically or cognitively unable to (not discomforted by or find difficult) independently use accessible lift-equipped public transit service. ADA paratransit eligibility is not based on a person's lack of knowledge of bus service, distance from bus service, ability to drive, language ability, or age. The information you provide will assist in determining under what circumstances this applicant may be eligible for Paratransit Service.

Para el profesional: Las regulaciones de ADA establecen que las personas son elegibles para servicios de paratransito si ocasionalmente o todo el tiempo, debido a una incapacidad o una afección médica, son psicológica o físicamente incapaces (no que se sientan incómodas ni que hallen dificultad) para utilizar de forma independiente el servicio de transporte público equipado con ascensores. La elegibilidad para paratransito de ADA no se basa en la ignorancia de una persona sobre el servicio de autobús, en la distancia hasta el servicio de autobús, en la capacidad para conducir, en la capacidad para expresarse en el idioma, ni en la edad. La información que usted proporcione, ayudará a determinar bajo qué circunstancias este solicitante pudiera ser elegible para el servicio de paratransito.

Please check your professional title:

Marque su título profesional:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Physician | ☐ Physician's Assistant | ☐ Registered Nurse |
| ☐ Nurse Practitioner | ☐ Psychiatrist | ☐ Psychologist |
| ☐ Chiropractor | ☐ Physical Therapist | ☐ Occupational Therapist |
| ☐ Social Worker | ☐ Case Manager | ☐ Resource Manager |
| ☐ Podiatrist | ☐ Audiologist | ☐ Ophthalmologist |
| ☐ Rehabilitation Specialist | | ☐ Special Education Teacher |



☐ Certified orientation & mobility specialist ☐ Other: _____

Name of Applicant: _____ Birthdate: _____

1. Please describe the medical diagnosis, physical, or cognitive disability which causes the applicant to be unable to independently use a lift-equipped fixed-route bus some, or all of the time. **You must provide specific details or the application will be returned:**

*Describe el diagnóstico médico, o la incapacidad física o cognitiva que impida al solicitante usar de forma independiente un autobús equipado con ascensor ya sea en ocasiones o en todo momento. **Debe proporcionar detalles específicos o la solicitud será devuelta:***

2. Are the conditions you described:

Las condiciones que usted describió son:

☐ Permanent / Permanentes ☐ Temporary / Temporales ☐ Don't Know / No sé

If temporary, how long do you expect symptoms to continue?

Si son temporales, ¿cuánto tiempo espera que continúen?

3. Is this person able to self-supervise daily activities?

¿Es esta persona capaz de auto-supervisar las actividades diarias?

☐ Yes / Sí ☐ No

Last date of contact with this applicant: _____

Última fecha de contacto cara a cara con el solicitante: _____

I certify under penalty of perjury under the laws of the State of California that the information contained in this application is true and correct. **(Sign next page)**

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.

(Firme en la página siguiente)



Signature of Professional: _____

Date: _____

Printed name: _____

Clinic/Agency: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Day phone: _____ Mobile phone: _____

Professional License / Registration/Certification #: _____ State: _____

*This form expires 90 days from the signature date.

*Este formulario se vence a los 90 días de la fecha de la firma.

