

Solicitud para el Servicio de Paratránsito de la ADA



Access-a-Ride es el servicio de paratránsito complementario de RTD, al igual que el autobús regular, es un servicio de viaje compartido. La elegibilidad para el servicio Access-a-Ride está determinada por el impacto que una discapacidad o condición incapacitante tiene en la capacidad de una persona para usar el servicio de autobús/tren, no por la presencia de una condición incapacitante. La elegibilidad se establece bajo las pautas proporcionadas por el gobierno federal.

Al igual que el servicio regular de autobús, puede haber varias paradas en el camino a su destino.

1. Complete el formulario de solicitud adjunto
2. Haga que el Formulario de Verificación Médica sea completado por un Proveedor Médico autorizado que esté familiarizado con su discapacidad
3. Devuelva ambas partes de los formularios completados (6 páginas) a RTD a través de USPS a:

RTD

c/o Access-a-Ride

1660 BLAKE ST

O FAX a: 303-299-2169

DENVER, CO 80202

Una vez que RTD haya revisado los documentos completos, se enviarán a nuestro centro de evaluación y se comunicarán con usted para programar una cita a través de un sistema de llamadas automatizado.

4. Participe en una cita de certificación en persona. RTD proporcionará transporte a esta cita si es necesario. Se tomarán fotos de identificación durante esta cita.

****POR FAVOR, HÁGANOS SABER SI SE NECESITA TRADUCCIÓN O INTERPRETACIÓN PARA ESTA CITA****

El día de la cita de certificación:

1. Use ropa apropiada para el clima

Traiga los dispositivos de ayuda a la movilidad que usa principalmente (o usará) en el transporte público.

Nota: nuestros vehículos no pueden acomodar un peso combinado de más de 800 libras

2. Traiga una tarjeta de identificación con foto
3. Traiga a alguien para que lo ayude si necesita ayuda con las tareas de cuidado personal
4. Si usa oxígeno, lleve suficiente para al menos 3 horas.
5. Lleva un bocadillo si crees que podrías necesitarlo.
6. Lleve los medicamentos que pueda necesitar tomar durante el tiempo que esté fuera. (hasta 3 horas)

Las solicitudes que no se completen dentro de los 90 días posteriores a la presentación se considerarán retiradas.

(Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente)

**DISTRITO REGIONAL DE TRANSPORTE
SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DE LA ADA****Nombre:** _____**Dirección:** _____ **Apt#:** _____**Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____**Condado:** _____ **Nombre del Apartamento/Instalación:** _____**Teléfono principal:** _____ ☐hogar ☐celular ☐trabajoTeléfono secundario: _____ ☐hogar ☐celular ☐trabajo**Correo electrónico:** _____**Fecha de nacimiento:** _____ ☐Masculino ☐Hembra ☐_____Pronombres usados: ☐ él/él/su ☐ ella/ella/ella ☐ ellos/ellas/ellos

Dirección postal (si es diferente):

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto local de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono principal: _____ ☐hogar ☐celular ☐trabajoTeléfono secundario: _____ ☐hogar ☐celular ☐trabajo**¿Alguien te está ayudando con esta solicitud? (Nombre e información de contacto)****Idioma principal:** _____ ¿Necesitará traducción? ☐Sí ☐No

Si necesita información escrita en un formato diferente, háganos saber su preferencia:

Mi comunicación preferida es a través de: ☐teléfono ☐ mensaje de texto ☐ correo electrónico**Me gustaría recibir recordatorios IVR (grabados) la noche anterior a mi viaje y cuando la hora de recogida sea inminente.** ☐Sí ☐No☐ Entiendo que el servicio de paratrásito no es transporte de punto a punto, sino transporte público compartido. El servicio de Access-a-Ride solo está disponible cuando el servicio de autobús de ruta fija está disponible. _____ (inicial aquí)

Las preguntas sin respuesta pueden provocar retrasos en el procesamiento.

VIAJES ACTUALES:

¿Cómo viaja actualmente fuera de su casa?:

☐ Amigos o familiares ☐ Uber/Lyft/Taxi ☐ Conducir yo mismo

☐ Utilizo los servicios de autobús y tren de ruta fija con regularidad.

Rutas principales utilizadas: _____

☐ Utilizo el autobús y el tren de ruta fija para ir a los siguientes lugares: _____

☐ Necesito ayuda para usar el bus de ruta fija para realizar las siguientes tareas: _____

☐ Nunca puedo usar el autobús y el tren de ruta fija regular porque: _____

¿Cuándo fue la última vez que usaste el autobús/tren de ruta fija? _____

¿A qué distancia está tu casa de la parada de autobús más cercana?

ESTADO DE SALUD:

¿De qué manera sus condiciones relacionadas con la salud actualmente le IMPIDEN usar el transporte público regular sin la ayuda de otra persona?

¿Los efectos de estas condiciones varían de un día a otro? ☐ Sí ☐ No

¿Sus afecciones relacionadas con la salud inhiben su capacidad para realizar tareas de cuidado personal o tareas relacionadas con la vida independiente? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál de los siguientes dispositivos de ayuda a la movilidad utilizas cuando sales de casa?
(Por favor, marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Ninguno | ☐ Bastón | ☐ Silla de ruedas manual |
| ☐ Tablero de comunicación | ☐ Prótesis | ☐ Silla de ruedas extragrande |
| ☐ Oxígeno portátil | ☐ Muletas | ☐ Silla de ruedas eléctrica |
| ☐ Bastón Blanco | ☐ Andador | ☐ Scooter Eléctrico |
| ☐ Animal de Servicio | ☐ Otro: _____ | |

****POR FAVOR traiga su dispositivo de movilidad principal a su cita de certificación.**

HABILIDADES RELACIONADAS CON LOS VIAJES: ¿Eres capaz de realizar las siguientes tareas?

- ¿Leer un horario de autobús y/o tren?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Usar una aplicación de teléfono para ayudar con la planificación del viaje?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Te pones en contacto con el servicio de atención al cliente para que te ayuden a planificar tu viaje?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Gestionar los medios de pago?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Reconoces puntos de referencia/localizas tu destino?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Seguir las instrucciones en caso de emergencia?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Determinar un nuevo plan cuando comete un error?

☐Sí☐No☐A veces

Por favor, explique las respuestas negativas o a veces:

Cuando viaja dentro de la comunidad (usando un dispositivo si lo necesita), ¿puede:

- ¿Cruzas una intersección muy transitada?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Subir o bajar colinas?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Viaja en áreas sin cortes en las aceras?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Viajas de noche?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Viajas en climas fríos?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Viajas en climas cálidos?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Viajas en condiciones de luz brillante?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Viajas cuando llueve o nieva?

☐Sí☐No☐A veces
- ¿Alguna vez has recibido capacitación para viajar?

☐Sí☐No☐A veces

Por favor, explique las respuestas negativas o a veces:

¿Qué tan lejos puedes viajar en la comunidad?

La elegibilidad para el servicio de paratransito está establecida por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (Sección 37.123 (3)):

Basado en la incapacidad de ir y venir de una parada de autobús o subir y bajar de un autobús de ruta fija equipado con ascensor por sí mismo.

2. Tener una discapacidad que le impida completar el autobús de ruta fija de forma independiente.

Por favor, revise la siguiente información: (y compruébela una vez leída)

☐ Entiendo que el formulario de verificación médica es una parte obligatoria de esta solicitud y debe ser completado por uno de mis proveedores autorizados.

☐ Entiendo que se requiere una entrevista en persona y una evaluación de mis necesidades de movilidad como parte de este proceso de solicitud. Access-a-Ride proporcionará transporte a esa cita si es necesario.

☐ Los formularios incompletos o sin la firma del solicitante o tutor legal no se procesarán hasta que se completen. Por favor, compruebe que los formularios estén completos antes de enviarlos.

☐ Los servicios de capacitación para viajes están disponibles a través del centro de certificación para aquellos que deseen aprender a utilizar el servicio de autobús y tren de ruta fija.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Entiendo que la falsificación de información podría resultar en la pérdida de los servicios de Access-a-Ride.

Los formularios sin firma retrasarán el procesamiento. Las solicitudes incompletas pueden retirarse después de 90 días.

Firma del Solicitante o Representante Legal

Date

En la mayoría de los casos, el consentimiento verbal no sustituye la firma del solicitante (2/23)

DISTRITO REGIONAL DE TRANSPORTE

Formulario de Verificación Médico Profesional de Access-a-Ride

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (1990) es una ley de derechos civiles que requiere que las agencias de transporte público brinden servicio de paratransito a las personas cuyas discapacidades les impiden usar un autobús parte o todo el tiempo. La información que nos proporcione nos permitirá tomar una determinación adecuada para este solicitante. Toda la información se mantendrá confidencial. Gracias por su ayuda.

PROVEEDORES tenga en cuenta:

El servicio **Access-a-Ride** es para personas que no pueden utilizar el sistema de autobuses y trenes de ruta fija debido a:

- a) Impedimentos físicos, cognitivos o visuales que requieran la asistencia de otra persona
- b) Deficiencias relacionadas con los viajes accesibles hacia/desde los lugares de embarque

El servicio de paratransito es para personas que no pueden usar el servicio de ruta fija parte o todo el tiempo como resultado de su discapacidad. **Los autobuses y trenes de RTD son totalmente accesibles.**

Proveedores de atención médica que pueden completar este formulario (deben estar tratando la discapacidad para la cual el solicitante está solicitando el servicio de paratransito):

Médico/PA/NP	RN/ PT / OT/ SLP	Trabajador Social (MSW)
Psiquiatra/Psicólogo	Especialista en Orientación y Movilidad	Clínico de Salud Mental
Oftalmólogo/Optometrista	Terapeuta Respiratorio	Consejero de Rehabilitación

Authorization for Release of Information

Por la presente autorizo al profesional mencionado anteriormente a proporcionar información sobre mi discapacidad y habilidades para usar el servicio de autobús al Distrito Regional de Transporte (RTD) y / o a las personas que ayudan a RTD a determinar mi elegibilidad para el servicio Access-a-Ride. Entiendo que esta información se utilizará únicamente con el fin de determinar mi elegibilidad para el servicio Access-a-Ride y que toda la información médica sobre mi discapacidad se mantendrá confidencial.

También entiendo que, sin costo alguno para mí, RTD requerirá que participe en una evaluación en persona de mis habilidades de viaje y acepte dicha evaluación.

Firma del **Solicitante** o Tutor Legal

Date

Por favor, devuelva la siguiente página al solicitante una vez que esté completada

O envíelo por fax al 303-299-2169

****LOS FORMULARIOS SIN FIRMA Y NÚMERO DE LICENCIA RETRASARÁN EL PROCESAMIENTO**

(Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente)

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN MÉDICA PARA ADA PARATRANSIT



Nombre del solicitante: _____ F.D.N.: _____

Número de teléfono de contacto del solicitante: _____

Las preguntas sin respuesta pueden provocar un retraso en el procesamiento.

Nombre profesional: _____ Teléfono profesional: _____

Tiempo de tratamiento de esta persona: _____ Visita más reciente: _____

¿De qué manera la discapacidad del solicitante le impide realizar las siguientes tareas?

*Cómo llegar o salir de una parada de autobús: _____

*Navegando por el sistema de autobuses: _____

Estas deficiencias son:

☐ Estable ☐ Progresivo ☐ Degenerativo ☐ Temporal, duración: _____

¿Este solicitante requiere ayuda cuando viaja fuera de casa? ☐ Sí ☐ No

¿Puede este solicitante viajar sin supervisión? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene la solicitante la capacidad mental, visual y/o auditiva para:

¿Pedir, entender y seguir instrucciones? ☐ Sí ☐ No

¿Pedir ayuda de las fuentes adecuadas? ☐ Sí ☐ No

¿Juzgar el flujo de tráfico para cruzar de manera segura una calle principal? ☐ Sí ☐ No

¿Viaja de forma segura a través de instalaciones abarrotadas o complejas? ☐ Sí ☐ No

¿Filtrar el ruido ambiental? ☐ Sí ☐ No

¿Localizar escalones o cortes en las aceras? ☐ Sí ☐ No

Con respecto a las discapacidades visuales solamente, el solicitante se ve afectado por:

☐ N/A ☐ El solicitante es ciego ☐ Luz solar brillante

☐ Condiciones de poca luz ☐ Noche/oscuridad

Con respecto a la movilidad de este solicitante, ¿es capaz de realizar de forma independiente las siguientes tareas (utilizando su dispositivo principal si se indica):

¿Viaja hacia y desde un vehículo? ☐ Sí ☐ No ¿Subir o bajar colinas? ☐ Sí ☐ No

¿Esperar hasta 15 minutos con soporte? ☐ Sí ☐ No

¿Viajas lo siguiente?: **4 bloques:** ☐ Sí ☐ No **3 bloques:** ☐ Sí ☐ No **2 bloques:** ☐ Sí ☐ No

1 bloques: ☐ Sí ☐ No **menos de 1 bloque:** ☐ Sí ☐ No

¿Afecta el clima la capacidad de la solicitante para viajar? ☐ No

☐ Viento ☐ Frío ☐ <30° ☐ <40° ☐ < 50° ☐ Calor ☐ >70° ☐ >80° ☐ > 90°

Firma/Número de licencia de Profesional: _____

Fecha: _____

Professional Medical Verification Form for ADA Paratransit



INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THIS FORM

The Americans with Disabilities Act of 1990 (1990) is a civil rights act that requires public transit agencies to provide Paratransit service to people whose disabilities prevent them from using a bus some or all the time. The information you provide will enable us to make an appropriate determination for this applicant. All information will be kept confidential. Thank you for your assistance.

PROVIDERS please note:

Access-a-Ride service is for individuals unable to utilize the fixed route bus and rail system due to:

- a) physical, cognitive or visual impairments that require assistance from another person
- b) impairments related to accessible travel to/from embarking locations

Paratransit service is for individuals who are unable to use fixed route service some or all of the time as a result of their disability. **RTD's bus and rail vehicles are fully accessible.**

Health care providers who can complete this form (must be treating the disability for which applicant is applying for paratransit service):

Physician/PA/NP	RN/ PT / OT/ SLP
Social Worker (MSW)	Psychiatrist/Psychologist
Orientation & Mobility Specialist	Mental Health Clinician
Ophthalmologist/Optomestrist	Respiratory Therapist
Rehabilitation Counselor	

Applicant: Please sign the below Release and provide the form to your health care provider for completion.

Authorization for Release of Information

I hereby authorize the above-named professional to provide information about my disability and abilities to use bus service to the Regional Transportation District (RTD) and/or persons assisting RTD in determining my eligibility for Access-a-Ride service. I understand that this information will be used solely for the purpose of determining my eligibility for Access-a-Ride service and that all medical information about my disability will be kept confidential.

I also understand that, at no expense to me, RTD will require that I participate in an in-person evaluation of my travel skills and agree to such an evaluation.

Signature of **Applicant** or Responsible Party

Date

Professional Medical Verification Form for ADA Paratransit



FORM TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROFESSIONAL

Applicant name: _____ **D.O.B.:** _____ **Phone number:** _____

Professional name: _____ **Professional phone:** _____

Length of time treating this individual: _____ **Most recent visit:** _____

How does the applicant's disability prevent applicant from performing the following tasks?

*Getting to or from a bus stop: _____

*Navigating the bus system: _____

Impairments are: ☐ Stable ☐ Progressive ☐ Degenerative ☐ Temporary, duration: _____

Does applicant require assistance when traveling outside the home? ☐ Yes ☐ No

Can this applicant travel without supervision? ☐ Yes ☐ No

Does the applicant have the mental capacity, visual and/or hearing ability to:

Ask for, understand and follow directions? ☐ Yes ☐ No

Ask for assistance from appropriate sources? ☐ Yes ☐ No

Judge traffic flow to safely cross a major street? ☐ Yes ☐ No

Safely travel through crowded/complex facilities? ☐ Yes ☐ No

Filter environmental noise? ☐ Yes ☐ No

Locate steps or curb cuts? ☐ Yes ☐ No

Regarding vision impairments only, applicant is impacted by:

☐ N/A ☐ Applicant is blind ☐ Bright unlight ☐ Dimly lit conditions ☐ Night/Darkness

Regarding this applicant's mobility, is applicant able to independently perform the following tasks (using their primary device if indicated):

Travel to and from a vehicle? ☐ Yes ☐ No

Travel up or down hills? ☐ Yes ☐ No

Wait for up to 15 minutes with support? ☐ Yes ☐ No

Travel the following?: **4 blocks:** ☐ Yes ☐ No **3 blocks** ☐ Yes ☐ No

2 blocks ☐ Yes ☐ No **1 block:** ☐ Yes ☐ No

Less than 1 block: ☐ Yes ☐ No

Professional Medical Verification Form for ADA Paratransit



Does weather impact the applicant's ability to travel? ☐ Yes ☐ No

☐ **Wind** **Cold** ☐ <30° ☐ <40° ☐ < 50° **Heat** ☐ >70° ☐ >80° ☐ > 90

Signature of Provider: _____ **License number:** _____

Date: _____

Please return completed form to the applicant, *OR* fax it to 303-299-2169.

****FORMS WITHOUT SIGNATURE AND LICENSE NUMBER WILL DELAY PROCESSING****