Servicios Accesibles
1221 R Street
Sacramento, CA 95811
TELÉFONO: (916) 321-2877, Opción 2, luego Opción 1 o
7 11 solo para personas con discapacidad auditiva
FAX: 916-455-3924

Correo electrónico: paratransit@sacrt.com

Este paquete incluye la información y los formularios que necesita para solicitar el servicio de paratránsito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) en el condado de Sacramento. El servicio de paratránsito de la ADA es obligatorio para todos los sistemas de transporte público, y está diseñado como una red de seguridad para las personas que no pueden utilizar el autobús o el tren ligero normales por sí mismas, en parte o en todo momento, debido a afecciones relacionadas con la salud.

Muchas personas discapacitadas utilizan los autobuses y trenes ligeros de Sacramento Regional Transit (SacRT). Todos los solicitantes del servicio de paratránsito SacRT de la ADA deben cumplir los requisitos federales de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El factor determinante es la capacidad funcional del solicitante para utilizar autobuses y trenes ligeros accesibles. El costo del paratránsito de la ADA es de **$5.00** por viaje (o $10 ida y vuelta), *sujeto a cambios*. Todos los clientes que cumplan los requisitos de la ADA deben pagar la tarifa; no hay descuentos de paratránsito SacRT de la ADA basados en los ingresos.

Para ser elegible para los servicios de paratránsito SacRT GO ADA, una o más de las siguientes afirmaciones deben ser verdaderas:

- Una discapacidad le impide desplazarse de forma autónoma a una parada de autobús.
- Una discapacidad le impide subir, bajar y viajar de forma independiente en un autobús de ruta fija (SacRT).
- Una discapacidad le impide reconocer de forma independiente las paradas de autobús correctas y los puntos de referencia clave.

Etapas del proceso de elegibilidad

1. Complete todas las preguntas de la solicitud de paratránsito de la ADA que sigue a esta página.
2. Presente su solicitud a su médico, u otro profesional, para que complete la sección de verificación profesional.
3. Envíe su solicitud firmada y completa y el formulario de verificación profesional a:

Sacramento Regional Transit District, Accessible Services
PO Box 2110
Sacramento, CA 95812-2110

La solicitud también puede enviarse por fax al 916-455-3924 o correo electrónico o entregarse en 1221 R St., Sacramento, CA 95811

4. **Es posible que se le pida que asista a una entrevista en persona. Su elegibilidad se determinará en un plazo de 21 días a partir de la fecha en que finalice la entrevista y la posible evaluación funcional. Su estado de elegibilidad se le notificará por carta.**

5. Si no recibe una notificación por escrito de la decisión de SacRT en un plazo de 21 días a partir de la finalización del proceso (que podría requerir una entrevista presencial), se le otorgará la elegibilidad presunta, lo que le permitirá solicitar servicios de paratránsito ADA hasta que se tome una decisión. Se le notificará por escrito si obtiene la elegibilidad presunta.

Retire esta página antes de enviarla por correo.

Solicitud de elegibilidad para el servicio de paratránsito de la ADA

Por favor, complete todas las secciones de este formulario. Si envía una solicitud incompleta, nos pondremos en contacto con usted utilizando el mismo medio por el que se recibió la solicitud. La información que proporcione ayudará a determinar qué tipo de servicio de transporte es el más adecuado para usted. Toda la información se mantendrá confidencial. Por favor, utilice únicamente bolígrafo de tinta negra o azul. Es posible que se requiera franqueo adicional.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre_____ Inicial del segundo nombre_____

Apellido_____

Dirección postal_____ Nro. de departamento_____

Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____ Condado_____

Dirección de correo electrónico *(si está disponible)* _____

Teléfono (casa) _____ (celular) _____

TTY para personas con discapacidad auditiva_____
(si corresponde)

Dirección particular
_____
(si es diferente de la dirección postal)

Ciudad_____ Estado_____ Código postal_____ Cruce de calles_____

Nombre del establecimiento/de los departamentos _____Código de acceso: _____
(si corresponde) *(si corresponde)*

Fecha de nacimiento _____/_____/_____ Sexo: ❒ Masculino ❒ Femenino
Mes Día Año

Por favor, envíenme información escrita en un formato alternativo.

❒Letra grande ❒Cinta de audio ❒Braille ❒CD ❒Otro: _____

❒ Español(Spanish) ❒ 中文(Chinese) ❒ Русский(Russian) ❒ tiêng Việt(Vietnamese)

❒Hmoob(Hmong)

Por favor, facilite el nombre de un familiar/amigo LOCAL en caso de emergencia:

Nombre_____ Relación_____

Teléfono (casa) _____ (celular _____

Área de servicio del Distrito de Tránsito Regional de Sacramento

El área de servicio de paratránsito de SacRT GO de la ADA está diseñada para ser "comparable" con los servicios de autobús de recorrido fijo y tren ligero de SacRT, para lo cual se brinda el servicio hacia destinos ubicados en un radio de ¾ de milla de distancia de los recorridos de los autobuses o de las estaciones de tren ligero de SacRT durante los horarios de servicio regulares. Esto incluye áreas dentro de Antelope, Elverta, Carmichael, Citrus Heights, Fair Oaks, Folsom, North Highlands, Orangevale, Rancho Cordova, Rio Linda, Sacramento y áreas no incorporadas del Condado de Sacramento. El servicio de paratránsito SacRT E-van llega hasta Elk Grove. El servicio de paratránsito SacRT GO no va a West Sacramento ni a Roseville, con las siguientes excepciones:

Roseville: SacRT GO puede transportar pasajeros que viven en Citrus Heights a las instalaciones de Kaiser Permanente Roseville ubicadas en Riverside y en Eureka, y a las instalaciones médicas de Sutter Roseville si no puede hacer el trasbordo a un vehículo de paratránsito de la ADA de Roseville.

También hay puntos de trasbordo, que pueden conectar a los pasajeros con otros servicios de paratránsito de la ADA que se brindan en jurisdicciones adyacentes. Los responsables de las reservas le ayudarán a organizar su viaje para conectar en un punto de transbordo, si es necesario.
Los responsables de las reservas le ayudarán a organizar su viaje para conectar en un punto de transbordo, si es necesario.

1. **¿Cómo se enteró del servicio de paratránsito de la ADA?**

   _____

   _____

2. **¿Por qué solicita el servicio de paratránsito de la ADA?**

   _____

   _____

3. **¿Cuál es la principal discapacidad o problema de salud que le impide utilizar los autobuses o trenes ligeros de SacRT? Por favor, sea específico (por ejemplo: ictus, discapacidad visual, discapacidad cognitiva, enfisema, esquizofrenia, etc.).**

   _____

   _____

   _____

4. ¿Tiene alguna otra discapacidad o afección física, cognitiva, visual o mental que limite su capacidad para utilizar los autobuses regulares o los trenes ligeros de SacRT?
❒ Sí ❒ No Si respondió que sí, explique por qué:

_____

_____

5. ¿Cuándo experimentó por primera vez las condiciones que ha descripto?

❒ Hace 0-1 año ❒ Hace 1-5 años ❒ Hace más de 5 años

6. ¿Su discapacidad es temporal?

❒ Sí, espero que dure _____meses.
❒ No, es permanente ❒ No sé.

7. ¿Necesita que alguien le ayude cuando salga de casa? (Por ejemplo, para empujar su silla de ruedas, llevarle oxígeno, etc.). Los conductores de transporte adaptado para personas con discapacidad (ADA) no pueden desempeñar las funciones de un asistente personal. No proporcionamos asistentes personales a nuestros pasajeros.

❒ Sí; siempre ❒ Sí; a veces ❒ No; nunca

8. ¿Cómo le ayuda esa persona a completar el propósito de su viaje?

_____

_____

9. ¿Puede esperar un autobús o tren ligero de SacRT?

❒ Sí ❒ No

10. Si respondió que no, *debe* explicar en el espacio debajo cómo se ve impedido de esperar el autobús o el tren ligero.

_____

_____

11. ¿Cuánto puede recorrer en terreno llano?

❒_____pies ❒ Menos de 1 cuadra ❒ 1 cuadra❒ 2 cuadras ❒ 3 o más cuadras

12. Si usa un dispositivo de ayuda a la movilidad, ¿hasta dónde puede llegar *sin ayuda de otra persona*?

❒_____pies ❒ Menos de 1 cuadra ❒ 1 cuadra❒ 2 cuadras ❒ 3 o más cuadras

INFORMACIÓN SOBRE AYUDAS Y/O EQUIPOS DE MOVILIDAD

SI NO UTILIZA NINGÚN DISPOSITIVO DE AYUDA A LA MOVILIDAD, SELECCIONE LA CASILLA «SIN DISPOSITIVO DE AYUDA A LA MOVILIDAD».

❒ Sin ayuda para la movilidad

¿Cuáles de estas ayudas para la movilidad utiliza actualmente al viajar? Marque todas las que correspondan.

NO SELECCIONE UN DISPOSITIVO CUYA APROBACIÓN O PRESCRIPCIÓN ESTÉ PENDIENTE

❒ silla de ruedas manual* ❒ silla de ruedas eléctrica* ❒ andador
❒ bastón de apoyo ❒ scooter/carrito eléctrico* ❒ andador con asiento
❒ muletas ❒ oxígeno portátil ❒ prótesis
❒ aparato ortopédico para la pierna ❒ silla de ruedas con asistencia eléctrica ❒ tablero de comunicación
❒ animal de servicio ❒ bastón blanco (para discapacidades visuales)
❒ otro(s) *(especificar)*_____

*** La ADA define una** "silla de ruedas" como un dispositivo de ayuda a la movilidad perteneciente a cualquier clase de dispositivos de tres o más ruedas, utilizables en interiores, diseñados o modificados para y usados por personas con problemas de movilidad, ya sean de accionamiento manual o motorizado.

Si ha marcado silla de ruedas manual, silla de ruedas eléctrica o scooter/carrito eléctrico, facilite la siguiente información:

¿Eres capaz de propulsar y/o controlar tu silla de ruedas o scooter sin ayuda?
❒ Sí ❒ No

¿CÓMO VIAJA AHORA?

Marque <u>todas</u> las opciones que correspondan.

❒ caminando ❒ conduzco un auto ❒ viajo en el auto de otra persona ❒ taxi
❒ bicicleta ❒ servicio de paratránsito de la ADA ❒ autobús de SacRT ❒ tren ligero de SacRT ❒ Otro(s):

_____

¿Usa solo los autobuses regulares y/o los trenes ligeros de SacRT?

❒ Sí ❒ No

Si respondió que sí, ¿con qué frecuencia? _____ *¿Qué rutas usa?* _____

¿Cuándo fue la última vez que usó SacRT por su cuenta? _____

¿Alguna vez ha recibido formación sobre cómo desplazarse por la comunidad o cómo utilizar los autobuses regulares accesibles o los trenes ligeros de SacRT?

❒ Sí ❒ No ❒ Nunca he viajado en autobús o tren ligero

❒ Me interesa la formación sobre viajes ❒ Nunca quiero viajar en autobús/tren ligero

Si ha marcado "sí", indique cuándo y dónde recibió esta formación.

CAPACIDADES FUNCIONALES: USO DE AUTOBUSES REGULARES Y TRENES LIGEROS

¿Qué es lo que mejor describe <u>su</u> capacidad funcional para utilizar los autobuses regulares y los trenes ligeros por <u>su</u> cuenta? (<u>MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN</u>) (<u>OBLIGATORIO</u>)

❒ Puedo ir y volver de las paradas/estaciones de autobús si la distancia no es excesiva.

❒ Debido a mi discapacidad o a mi estado de salud, tengo dificultades para entender o recordar todo lo que tendría que hacer para utilizar los autobuses regulares y los trenes ligeros.

❒ Puedo usar los autobuses regulares y los trenes ligeros si es un lugar al que voy siempre.

❒ Tengo una discapacidad visual que a veces me impide utilizar los autobuses regulares o los trenes ligeros. **Si marcó la opción, explique cómo y cuándo su discapacidad visual le impide usar el servicio de ruta fija de forma independiente:**

_____

_____

❒ Por otros motivos, no puedo utilizar yo solo los autobuses regulares ni los trenes ligeros. Explique:

_____

_____

_____

_____

_____

❒ Podría utilizar los autobuses regulares o los trenes ligeros por mi cuenta SI:

_____

_____

_____

_____

_____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. El propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para utilizar los servicios de paratránsito de la ADA, o si a veces puedo viajar en los autobuses regulares y trenes ligeros de SacRT. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en la pérdida de los servicios de paratránsito de la ADA, así como en una sanción en virtud de la ley.

También entiendo que, sin costo alguno para mí, el Distrito de Tránsito Regional de Sacramento puede requerir que participe en una evaluación funcional en persona de mis habilidades de viaje y estoy de acuerdo con dicha evaluación funcional, si es necesaria.

Estoy de acuerdo en notificar a SacRT si mi condición cambia, si mi dispositivo de movilidad ha sido reemplazado, si tengo un nuevo dispositivo de movilidad, o si ya no necesito usar el servicio de paratránsito de la ADA.

_____ Fecha_____

(Firma del solicitante - OBLIGATORIA)

Persona que completa la solicitud *si no* es el solicitante (OBLIGATORIO):

Nombre en letra de imprenta_____ Relación con el solicitante_____

Firma_____ Fecha_____

Nro. de teléfono durante el día_____ Nro. de teléfono durante la noche_____

Nombre de la agencia (si corresponde) _____

(Puede requerir gastos de envío adicionales).



Revise el formulario y asegúrese de que ha contestado a todas las preguntas de esta solicitud. Puede requerir gastos de envío adicionales.

Sacramento Regional Transit (SacRT) se pondrá en contacto con usted por correo en un plazo de 21 días a partir de la recepción de su solicitud completa.

Con esto concluye la parte de la solicitud correspondiente al solicitante. La siguiente página DEBE ser completada por un profesional.

NO SEPARE LA SOLICITUD DE LA VERIFICACIÓN PROFESIONAL.

AMBAS SECCIONES SE DEBEN ENVIAR JUNTAS.
Si se reciben por separado, se devolverán.

VERIFICACIÓN PROFESIONAL (OBLIGATORIA)

Al solicitante - Por favor, pídale a un profesional que complete esta página antes de enviar su solicitud a SacRT. Cualquiera de los profesionales que figuran a continuación podrá firmar la solicitud. Si esta página no está completa y firmada por uno de los profesionales que figuran a continuación, se le devolverá la solicitud y se retrasará su tramitación.

↪ DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL, NO POR EL SOLICITANTE ↩

Al profesional - Por favor, marque su título profesional:

❒médico ❒asistente médico ❒enfermera titulada/enfermera practicante

❒psiquiatra ❒psicólogo ❒trabajador social

❒quiropráctico ❒fisioterapeuta ❒terapeuta ocupacional

❒especialista certificado en orientación y movilidad ❒patólogo del habla/lenguaje

Los criterios de elegibilidad para el servicio de paratránsito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) están establecidos por la ADA y se basan en la capacidad funcional del solicitante (no en la dificultad o inconveniencia) para utilizar de forma independiente el sistema de autobús y/o tren ligero totalmente accesible de SacRT, parte o la totalidad del tiempo. Los factores que no se tienen en cuenta son el desconocimiento o la lejanía del transporte público, la capacidad para conducir, el idioma o la edad de la persona. La información que proporcione ayudará a determinar en qué circunstancias este solicitante puede ser elegible para el servicio de paratránsito de la ADA.

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento _____

DEBEN PROPORCIONARSE DETALLES ESPECÍFICOS SOBRE CADA DIAGNÓSTICO O LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA:

Enumere cada uno de los *diagnósticos médicos* que impiden al solicitante utilizar de forma independiente un autobús o tren ligero equipado con ascensor en parte o en su totalidad.

_____

_____

_____

Por favor, explique cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar el autobús regular y/o el sistema de tren ligero.

_____

_____

_____

Esta condición, ¿es temporal? ❒ No ❒ Sí; durante**:** _____ meses

Esta persona ❒ es ❒ no es **capaz de supervisar por sí misma las actividades cotidianas**

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en este formulario de verificación profesional es verdadera y correcta.

Firma_____ **Fecha** _____ /_____ /_____*****
Nombre impreso_____ **Teléfono**_____
Clínica/Agencia_____ **Dirección**_____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal**_____
Nro. de licencia profesional/registro/certificación_____ **Estado**_____

****Este formulario tiene una validez de 90 días a partir de la fecha de la firma.***

VERIFICACIÓN PROFESIONAL (OBLIGATORIA)

Al solicitante - Por favor, pídale a un profesional que complete esta página antes de enviar su solicitud a SacRT. Cualquiera de los profesionales que figuran a continuación podrá firmar la solicitud. Si esta página no está completa y firmada por uno de los profesionales que figuran a continuación, se le devolverá la solicitud y se retrasará su tramitación.

↪ DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL, NO POR EL SOLICITANTE ↩

Al profesional - Por favor, marque su título profesional:

☑médico ❒asistente médico ❒enfermera titulada/enfermera practicante

❒psiquiatra ❒psicólogo ❒trabajador social

❒quiropráctico ❒fisioterapeuta ❒terapeuta ocupacional

❒especialista certificado en orientación y movilidad ❒patólogo del habla/lenguaje

Los criterios de elegibilidad para el servicio de paratránsito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) están establecidos por la ADA y se basan en la capacidad funcional del solicitante (no en la dificultad o inconveniencia) para utilizar de forma independiente el sistema de autobús y/o tren ligero totalmente accesible de SacRT, parte o la totalidad del tiempo. Los factores que no se tienen en cuenta son el desconocimiento o la lejanía del transporte público, la capacidad para conducir, el idioma o la edad de la persona. La información que proporcione ayudará a determinar en qué circunstancias este solicitante puede ser elegible para el servicio de paratránsito de la ADA.

Nombre del solicitante: *Jane Doe* **Fecha de nacimiento** *11/04/1946*

DEBEN PROPORCIONARSE DETALLES ESPECÍFICOS SOBRE CADA DIAGNÓSTICO O LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA:

Enumere *cada uno de los diagnósticos médicos* que impiden que el solicitante utilice de forma independiente un autobús o tren ligero equipado con ascensor durante todo o parte del tiempo.

Gota, diabetes, accidente cerebrovascular con debilidad en el lado derecho, trastorno bipolar, discapacidad intelectual leve

Por favor, explique cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar el autobús regular y/o el tren ligero.

Distancia caminada limitada, desequilibrio al caminar, episodios maníacos que perjudican el juicio, incapacidad de aprender rutas debido a la discapacidad intelectual

Esta condición, ¿es temporal? ☑ No ❒ Sí; durante**:** _____ meses

Esta persona ☑es ❒ no es **capaz de supervisar por sí misma las actividades cotidianas**

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en este formulario de verificación profesional es verdadera y correcta.

Firma _____ **Fecha** *04 / 10 / 13* ***

Nombre en letra de imprenta *Dr. William Smith* **Teléfono** *(916) 555-1234*

Clínica/Agencia *ABC Clinic* **Dirección** *1234 7th Avenue*

Ciudad *Sacramento* **Estado** *CA* **Código postal** *95814*

Nro. de licencia profesional/registro/certificación *A77777* **Estado** *CA*

***Este formulario tiene una validez de 90 días a partir de la fecha de la firma.**

SAMPLE