



## **Solicitud ADA para Servicios de Transporte Paralelo (Paratransit)**

Hay dos tipos de transporte público disponible a lo largo del estado Delaware:

**El servicio de ruta fija** (autobuses de la ciudad) recorre una ruta con paradas específicas en horarios fijos. Ahora todos los autobuses cuentan con instalaciones para facilitar el acceso a personas con discapacidades, incluyendo elevadores para sillas de rueda, autobuses que bajan la altura de la puerta al nivel de la banqueta para facilitar ascender al vehículo y anuncios por parlantes.

**El servicio ADA de transporte paralelo** (puerta a puerta) es un servicio de transporte público compartido para personas con discapacidades que no pueden usar el servicio de ruta fija (autobuses de la ciudad). Usted debe llamar por adelantado para hacer una reservación para usar este servicio.

Si su discapacidad o algún obstáculo ambiental, le impiden usar el servicio de ruta fija (autobuses de la ciudad), usted puede calificar para el servicio de transporte paralelo (puerta a puerta) en ciertas ocasiones o todo el tiempo. Se determinará si usted puede o no viajar por medio del servicio de rutas fijas a través de esta solicitud, de una entrevista personal y, en algunos casos, una evaluación funcional. A los 21 días de la entrevista personal se tomará una decisión o se le otorgará un permiso por presunción para usar el servicio. Cuando se le llame para su entrevista personal, es conveniente que la pade lo antes posible. Su solicitud no podrá ser procesada si no se cumple éste último paso.

**IMPORTANTE: tener una condición médica que lo califique para otros programas para personas con discapacidades, no necesariamente lo califica para el servicio de transporte paralelo (puerta a puerta). La falta de acceso al servicio de rutas fijas no es un calificador.**

### **¿Qué es la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA)?**

La Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) es una ley de derechos civiles. El propósito de la ADA es remover las barreras que han impedido que personas con discapacidades participen plenamente en la vida diaria. Bajo la ley ADA el servicio de rutas fijas (autobuses de la ciudad) debe ser el medio de transporte para todos, incluyendo las personas con discapacidades.

### **Capacitación para aprender a viajar**

DART ofrece capacitaciones gratuitas, personales o en grupo, para enseñar a las personas con discapacidades cómo usar las rutas fijas de autobús. Si está interesado, llame a nuestros entrenadores de viaje para más información:

1 – 800 – 652 – 3278, opción 3



## Solicitud ADA para Servicios de Transporte Paralelo (Paratransit)

Para asegurarse de que su solicitud sea procesada oportunamente, debe responder **todas las preguntas**. Las **secciones A y B deben ser entregadas al mismo tiempo**. Las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante y/o al individuo/agencia que hizo la solicitud. Toda la información es confidencial.

### SECCIÓN A: Información general sobre el solicitante

Para ser rellenado por el solicitante o a nombre del solicitante.

Pasajero registrado  Nuevo solicitante  Femenino  Masculino

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre de la casa hogar, asilo de ancianos o complejo de apartamentos  
# de apartamento o suite \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de identificación \_\_\_\_\_  
 Últimos 4 dígitos del seguro social  Licencia de conducir  
 Identificación del estado  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Contactos de emergencia:  
Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Número telefónico \_\_\_\_\_ / Número telefónico \_\_\_\_\_

Contactos de emergencia:  
Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Número telefónico \_\_\_\_\_ / Número telefónico \_\_\_\_\_

Si necesita la información en otro formato, favor de ponerse en contacto con nuestra oficina al 1-800-652-3278, opción 3.

**Preguntas sobre la discapacidad del solicitante:**

Solicitante \_\_\_\_\_

1. Describa su discapacidad y por qué piensa que no le permite usar el autobús regular de la ciudad. Sea específico, por favor.

2. ¿La(s) discapacidad(es) es temporal?  Sí  No  
Si es temporal, ¿cuánto tiempo se espera que dure?

3. ¿Cómo se transporta ahora?  
 Caminando  Manejando  Viajando en carro  Por medio de una agencia  
 Taxi  Servicio de rutas fijas  Servicio de transporte paralelo  Ambos servicios  
 Otra opción \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál de estos dispositivos actualmente usa cuando viaja?  
 Oxígeno portátil  Bastón recto  Bastón de 3-4 puntas  
 Andadera  Bastón blanco  Guía humana  
 Animal de servicio  Muletas  Aparato ortopédico para la pierna  
 Pierna protésica  Silla de ruedas  Silla de rueda eléctrica  
 Escúter  Andadera rodante  Tablero de palabras/dibujos  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_  
Si usa una silla de ruedas o un escúter, ¿es considera muy ancha?  Sí  No

5. ¿Necesita que otra persona le ayude para viajar dentro de la comunidad?  
 Sí  No  En ocasiones  
¿Qué tipo de ayuda necesita?

6. ¿Puede subir tres escalones (de 11 a 15 pulgadas de altura) usando una baranda y sin ayuda de otra persona?  Sí  No  En ocasiones

7. ¿Alguna vez ha viajado en el autobús regular de la ciudad?  Sí  No  
¿Cuándo fue la última vez que viajó?  
Si ha viajado, ¿Por qué ya no puede?

8. ¿El clima le impide usar el autobús regular de la ciudad?  
 Sí  No  En ocasiones  
¿Cómo?

9. Describa el terreno que debe recorrer para llegar de su hogar o apartamento a la parada de autobús (banquetas/aceras, colinas, césped, asfalto, distancia, etc.)

Solicitante \_\_\_\_\_

10. ¿Puede llegar a la parada de autobús más cercana a su hogar?

Sí  No  En ocasiones

Si la respuesta es no o en ocasiones, ¿Qué se lo impide?

11. ¿Puede cruzar la calle, sin ayuda, cuando hay poco tráfico y no hay señales de tráfico?

Sí  No  En ocasiones

Si la respuesta es no o en ocasiones, ¿Qué se lo impide?

12. ¿Puede cruzar la calle en los semáforos?

Sí  No  En ocasiones

Si la respuesta es no o en ocasiones, ¿Qué se lo impide?

13. ¿Puede cruzar en intersecciones con mucho tráfico?

Sí  No  En ocasiones

Si la respuesta es no o en ocasiones, ¿Qué se lo impide?

14. ¿Es capaz de pedir y comprender información escrita u oral?

Sí  No  En ocasiones

Si la respuesta es no o en ocasiones, ¿Qué se lo impide?

15. ¿Es capaz de identificar su lugar de destino o puntos de referencia cerca de ella?

Sí  No  En ocasiones

Si la respuesta es no o en ocasiones, ¿Qué se lo impide?

16. ¿Es capaz de leer la hora?  Sí  No

17. ¿Es capaz de contar dinero?  Sí  No

¿Qué otra información quiere incluir para ayudarnos a tomar una decisión apropiada sobre su elegibilidad?

Solicitante \_\_\_\_\_

## CONFIRMACIÓN DEL SOLICITANTE

**La solicitud debe estar firmada para que se considere finalizada.**

### Firma del solicitante

Entiendo que el propósito de este formulario es determinar si hay ocasiones en las que no puedo usar los servicios de rutas fijas de DART y que podría requerir los servicios de transporte paralelo. Entiendo que la información aquí incluida es confidencial y solo para ser compartida por los profesionales involucrados en el proceso de determinación de elegibilidad. Certifico que a mi leal saber y entender la información de esta solicitud es verídica y correcta. Entiendo que dar información falsa o engañosa puede significar que la solicitud será rechazada.

Autorizo que agentes de DART contacten al profesional que rellenó esta solicitud o que brindó información adicional sobre mi condición.

Firma del solicitante **X** \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

### Si el solicitante no rellenó el presente formulario (escoja uno):

Certifico que los datos aquí incluidos son verídicos y correctos según lo indicó el solicitante.

Certifico que los datos aquí incluidos son verídicos y correctos según mi conocimiento del estado de salud y la discapacidad del solicitante o tengo autoridad legal para rellenar la presente solicitud.

Nombre \_\_\_\_\_ Número telefónico ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_

**Las secciones A y B se deben entregar juntas.**

**Si únicamente recibimos una parte, la solicitud será regresada.**

**Enviar a: Eligibility Section 900 Public Safety Blvd Dover, DE 19901**

**O por fax al: 302-760-2932 Si envía la solicitud por fax,  
por favor no enviar una copia por correo convencional.**

Solicitante \_\_\_\_\_

**Estimado profesional de la salud:**

Para rellenar esta solicitud en nombre del solicitante, usted debe de ser un profesional certificado o con licencia. [Si, en su opinión, usted califica para rellenar esta solicitud como un profesional en el campo de la salud, pero no cuenta con un número de certificación o de licencia, favor contactar a DART al 1-800-652-3278, opción 3, y pida hablar con el gerente de servicios al cliente para recibir autorización para rellenar la solicitud]

El solicitante le pide que rellene y firme la parte B de este formulario para certificar que él/ella tiene una discapacidad que le impide usar el servicio de rutas fijas del autobús. Esta información nos ayudará a determinar si el solicitante necesita o no usar los servicios de transporte paralelo (puerta a puerta) o si puede usar el servicio de ruta fija para todos o algunos de sus viajes.

Bajo la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA), si una persona tiene la capacidad funcional y cognitiva para viajar en los autobuses con rutas fijas DART, esa persona no califica para recibir servicios de transporte paralelo. La discapacidad, la distancia de la parada de autobús o la disponibilidad de un autobús con ruta fija, por si solas, no califica a la persona para recibir servicios de transporte paralelo. El calificar para otros programas no hace elegible al solicitante para recibir este servicio.

Todos los autobuses que viajan en rutas fijas están equipados para ser usados por personas que usen sillas de rueda o que no puedan subir escalones. A su vez, DART cuenta con autobuses que bajan la altura de la puerta al nivel de la banqueta para facilitar ascender al vehículo. DART también brinda capacitaciones para que las personas con discapacidades aprendan a viajar usando la ruta de autobuses fijos y para promover su independencia.

Si tiene alguna pregunta al momento de rellenar la sección B, favor contactarnos al 1-800-652-3278, opción 3.

**Atención, tome en cuenta: si no tiene la sección A, devuélvale la sección B al solicitante. Debemos recibir la parte A y la parte B en una sola entrega.**

**Quién puede rellenar la sección B: [debe tener licencia/certificación]**

Consejero de rehabilitación vocacional  
Trabajador social  
Terapista respiratorio  
Psicólogo  
Psiquiatra  
Audiólogo  
Especialista en la vida independiente

Instructor de Orientación y Movilidad  
Médico  
Auxiliar médico  
Enfermero especializado  
Fisioterapeuta  
Optometrista/oftalmólogo  
Enfermero certificado

Solicitante \_\_\_\_\_

**SECCIÓN B** – para ser relleno por un profesional de la salud con **licencia/certificación** que tenga conocimiento sobre la capacidad funcional del solicitante. La sección B se debe entregarse junto a la sección A.

**Información obligatoria - Profesional con licencia/certificación**

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Área de especialización \_\_\_\_\_

Número de licencia profesional \_\_\_\_\_

Clínica o agencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Preguntas sobre la discapacidad del solicitante – Favor responder todas las preguntas relevantes.  
Las solicitudes incompletas serán devueltas al solicitante.**

**Información médica general o discapacidad física**

El solicitante ha sido mi paciente desde: \_\_\_\_\_

La última evaluación del solicitante fue el: \_\_\_\_\_

1. Favor indicar la naturaleza de la condición o discapacidad de su paciente. Esta lista no incluye todas las posibilidades, solo las que más comunes en las solicitudes que recibimos.

- Diabetes
- Enfermedad renal en estado terminal  ¿Diálisis? Si No
- Bajo tratamiento para el cáncer, duración esperada: \_\_\_\_\_
- Artritis: especifique tipo y área afectada: \_\_\_\_\_
- Amputación: favor especificar cuál extremidad y/o uso de prótesis: \_\_\_\_\_
- Condición neurológica/cognitiva (escoja una) Leve Moderada Severa Profunda
- Condición neuromuscular
- Enfermedad pulmonar: si usa oxígeno, de qué tipo:
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedad mental
- Lesión cerebral traumática
- Legalmente ciego
- Discapacidad visual severa
- Alzheimer
- Demencia
- Autismo
- Deficiencia auditiva (especifique el grado de pérdida auditiva)
- Convulsiones
- Otro \_\_\_\_\_

2. ¿La condición es temporal?  Si  No  
Si es temporal, ¿cuánto se espera que dure?

Solicitante \_\_\_\_\_

3. ¿Hay condiciones ambientales que puedan impactar negativamente el estado del solicitante?

Si  No

¿Cuáles son las condiciones?

¿Cuál es el impacto?

4. ¿Piensa usted que el solicitante puede aprender a usar los autobuses de la ciudad por sí solo de forma segura y eficaz?  Si  No Si la respuesta es negativa, ¿Por qué?

5. En su opinión, ¿qué tan lejos puede el solicitante moverse en silla de ruedas o deambular con o sin ayudas de movilidad y sin largos descansos?

No tiene movilidad funcional independiente  Menos de 1/2 milla

\_\_\_\_\_ cuadras (500 pies = 1 cuadra)  Más de 1/2 milla

6. ¿Cuánto tiempo puede el solicitante esperar en una parada de autobús que tenga techo y un banco?

7. ¿Cuánto tiempo puede el solicitante esperar en una parada de autobús **sin** techo y un banco?

8. Trastorno convulsivo

¿Tipo de convulsión? \_\_\_\_\_

¿Qué tan seguido ocurren? \_\_\_\_\_

Después de una convulsión, ¿cuánto tiempo le toma al solicitante volver a su estado normal?

¿Las convulsiones son precedidas por síntomas de aura?  Si  No

¿Qué desencadena las convulsiones? \_\_\_\_\_

¿El solicitante toma algún medicamento para las convulsiones?  Si  No

¿Las convulsiones están actualmente bajo control?  Si  No

¿El solicitante es capaz de funcionar segura y efectivamente en la comunidad?  Si  No

¿Cuándo fue la última convulsión del solicitante? \_\_\_\_\_

### Discapacidad cognitiva

1. ¿Cuál es el diagnóstico formal de la condición del solicitante?

2. ¿Tiene el solicitante problemas específicos de comportamiento?  Si  No

Si la respuesta es positiva, describa:

3. ¿Puede el solicitante viajar por sí solo?  Si  No

4. ¿Puede el solicitante seguir instrucciones?

de 1 paso  de 2 pasos  de 3 pasos  no puede

5. ¿Sabría el solicitante qué hacer si llegase a perderse en la comunidad?

Si  No



Solicitante \_\_\_\_\_

### Discapacidad cognitiva (continuación)

6. ¿Podría el solicitante reconocer y evadir situaciones de peligro con las que pueda toparse al viajar en la comunidad?  Sí  No  
Si la respuesta es negativa, explique:

7. ¿El solicitante es capaz de cruzar la calle sin ponerse en peligro?  Sí  No

8. Favor seleccionar todas las opciones relevantes e incluya la información adicional que sea necesaria:

Solución de problemas

Memoria a corto plazo

Atención

Procesamiento

Previsión/Planificación

Conciencia de seguridad/Juicio

¿Cómo podrían estas opciones impedirle al solicitante viajar en autobuses de la ciudad?

9. ¿Está el solicitante actualmente inscrito en algún programa?  Sí  No Si es sí favor enumerar:

### Salud del comportamiento

1. ¿Cuál es el diagnóstico formal de la condición del solicitante?

2. ¿Cuál es el pronóstico de esta condición para el funcionamiento independiente?

3. ¿Se le han recetado medicamentos para su condición?  Sí  No

Si la respuesta es positiva, ¿Le permiten los medicamentos funcionar sin riesgos dentro de la comunidad?

Sí  No

4. ¿Ha tenido el solicitante un deterioro en su funcionamiento a causa de ajustes a sus medicamentos?

Sí  No Describa:

5. ¿Padece el solicitante de alucinaciones auditivas o visuales?  No  Sí - ¿cómo le afectan en su funcionamiento dentro de la comunidad?

6. ¿Tiene el solicitante ataques de ansiedad o pánico en espacios cerrados/congestionados?

No

Sí, favor explicar:

7. ¿Carece el solicitante de habilidades para la vida diaria que le impidan usar los autobuses de la ciudad de una manera segura?  No  Sí Si responde sí, explique:

Solicitante \_\_\_\_\_

## Discapacidad visual

1. ¿Cuál es el diagnóstico formal de la condición del solicitante?

2. Mejor agudeza visual corregida:

3. ¿Cuál es el pronóstico? ¿La condición es estable, degenerativa o variable de alguna forma?

4. ¿Puede el solicitante caminar al aire libre por sí solo?  Sí  No

Si la respuesta es positiva, ¿dónde puede caminar?

Únicamente dentro de su propiedad y hacia lugares familiares

A lugares cercanos (por ejemplo, en la misma cuadra)

A lugares más lejanos

5. Si el solicitante puede caminar al aire libre por sí solo, ¿Puede cruzar la calle sin asistencia?

En calles con poco tráfico y poco ruido

En semáforos

En intersecciones congestionadas

Únicamente con señalizaciones auditivas

Otro

### Si el solicitante tiene visión parcial:

6. ¿Es capaz de ver escalones o banquetas/aceras?  Sí  No

7. ¿Distintas condiciones de iluminación afectan su vista?

Luz solar brillante

Luz tenue o lugares con sombra

La noche

Otro

8. ¿La capacidad del solicitante para viajar por sí solo se ve afectada por otras condiciones?

Sí  No (considere el impacto de ruidos en el ambiente y la habilidad de distinguir la circulación del tráfico)

Favor explicar:

¿Qué otra información quiere incluir para ayudarnos a tomar una decisión apropiada sobre la elegibilidad del solicitante?

**Las secciones A y B se deben entregar juntas.**

**Enviar a: Eligibility Section 900 Public Safety Blvd Dover, DE 19901**

**O por fax al: 302-760-2932** Si envía la solicitud por fax, favor de no enviar una copia por correo convencional.