

**Autoridad de Tránsito del Area de Williamsburg - WATA**  
**Solicitud Paratransit A.D.A.**

El servicio Paratransit es un servicio-compartido para el transporte de puerta a puerta para clientes que son incapaces, por razones de discapacidad, de usar el sistema accesible de los autobuses de ruta-fija. Los Servicios Paratransit son proveídos gracias a una asociación entre el programa RIDES de la Agencia Peninsular del Envejecimiento y la Autoridad de Tránsito del Área de Williamsburg (WATA). Este formulario de solicitud nos ayudará a determinar su elegibilidad para este servicio especializado.

**Información General (Por favor en letras de imprenta)**

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del 2º Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto. / # de Edf. \_\_\_\_\_

Dirección Postal (Si es diferente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono (durante el día) \_\_\_\_\_ Teléfono en caso  
de Emergencia \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/fecha/año) \_\_\_\_\_ Sexo (M/F) \_\_\_\_\_

¿Cómo le gustaría recibir material escrito en el futuro?

- Letra normal       Letra Grande       Grabaciones  
 Braille       Correo electrónico

Nombre y número telefónico de un amigo o pariente a quién podamos llamar si no lo podemos encontrar por su propio teléfono:

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

## Información sobre Discapacidad y Equipo de Movimiento

¿Qué clase o clases de discapacidad(es) le impiden usar el servicio de ruta-fija de autobuses?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Física        | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual/Ceguera |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental        |
| <input type="checkbox"/> Ninguno                    | <input type="checkbox"/> Otro                       |

Por favor, describa su discapacidad o limitación para el uso del autobús de tránsito normal:

---

---

Si es una discapacidad o condición de salud temporal, ¿Por cuánto tiempo piensa Ud. que estará impedido de usar el autobús? \_\_\_\_\_

Por favor marque todo equipo para ayuda del movimiento o soporte que Ud. use:

<input type="checkbox"/>	Bastón blanco (discapacitados visuales)	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas motorizada
<input type="checkbox"/>	Bastón de ciego	<input type="checkbox"/>	Tablero de comunicación
<input type="checkbox"/>	Muletas	<input type="checkbox"/>	Carrito motorizado
<input type="checkbox"/>	Aparatos ortopédicos-piernas	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas manual
<input type="checkbox"/>	Prótesis	<input type="checkbox"/>	Caminador/Andador
<input type="checkbox"/>	Oxígeno portátil	<input type="checkbox"/>	Animal de servicio
<input type="checkbox"/>	Otro		
<input type="checkbox"/>	No uso ninguno de estas ayudas de movilidad		

¿Necesita Ud. ser acompañado por alguien que le ayude cuando usa el autobús o la camioneta de servicio (“asistente personal” o “asistente de cuidado personal”)?

- Sí, a veces       Sí, siempre       No

### Capacidad de usar los autobuses de ruta-fija

Por favor, note que los autobuses de WATA tienen suelo bajo y descenden, no tienen escaleras y son completamente accesibles con soportes de movilidad (p.ej. andadores, sillas de ruedas, etc.) y proveen la mayor libertad para aquellos que los usan.

¿Qué describe mejor su habilidad de usar los autobuses de ruta-fija de WATA?

- No puedo ir o volver al paradero debido a la distancia.
- Tengo una condición o discapacidad que me impide el uso de los autobuses si el tiempo es muy frío o muy caliente.
- Tengo dificultad comprendiendo o recordando lo que tengo que hacer para usar el autobús.
- Mi discapacidad o condición de salud puede cambiar de día a día. Puedo usar el autobús de ruta-fija cuando me siento bien, pero a veces no.

- Puedo ir o venir del paradero de autobuses sólo si hay aceras para peatones.
  - Nunca puedo usar los autobuses de ruta-fija por mí mismo.
  - No estoy seguro si puedo usar los autobuses de ruta-fija
  - No soy capaz de usar los autobuses de ruta-fija por otras razones. *Explique por favor:*
- 
- 

¿Ha recibido alguna vez instrucciones de cómo usar los autobuses de WATA?

- Sí  No

¿Le gustaría entrenamiento gratuito?

- Sí  No

**¿A dónde va y cómo llega ahora a otros lugares?**

Enumere tres lugares a los que podría ir y como llega allí ahora.

1. ¿A dónde va? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va allá? \_\_\_\_\_ ¿Cómo va allá ahora? \_\_\_\_\_

2. ¿A dónde va? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va allá? \_\_\_\_\_ ¿Cómo va allá ahora? \_\_\_\_\_

3. ¿A dónde va? \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va allá? \_\_\_\_\_ ¿Cómo va allá ahora? \_\_\_\_\_

¿Usa Ud. en la actualidad los autobuses de ruta-fija?

- No  Sí. ¿Qué rutas? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que usó los autobuses de ruta-fija?

---

Si antes usó los autobuses de ruta fija pero ha dejado de hacerlo, explique por favor, ¿por qué?

---

Comprendo que el propósito de este formulario es para determinar si soy elegible a usar el servicio de puerta-a-puerta del Paratransit. Certifico que la información que proveo en esta solicitud es correcta. Comprendo que la falsificación de la información podría resultar en la pérdida de los servicios de Paratransit.

Estoy de acuerdo con notificar a WATA si dejo de necesitar los servicios de Paratransit o si mi condición cambia.

---

*Firma del solicitante o persona responsable*

*Fecha*

Si alguien le ayudó a llenar esta solicitud, por favor provea la siguiente información:

Imprima el nombre \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Agencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

WATA revisará su solicitud y responderá dentro de 21 días de haber recibido la solicitud completa. La revisión se suspenderá si no se recibe respuesta a pedidos de información adicional del solicitante o de profesionales de salud. Si no podemos responder dentro de 21 días, Ud. será elegible al uso de los servicios hasta que se haga una determinación. La determinación de elegibilidad incluye las siguientes conclusiones: 1. Elegibilidad total, o 2. Elegibilidad parcial o 3. Inelegible. Individuos a los que el servicio de Paratransit se les haya denegado, pueden apelar esa decisión. Una descripción del proceso de apelación será incluida en la carta de denegación al solicitante.

### **Información Adicional**

Para que WATA evalúe su pedido de elegibilidad, nos será necesario de contactar al profesional que es familiar con su condición de salud o discapacidad y sus habilidades funcionales. Por favor mencione uno o dos profesionales a los que podamos contactar. *Ejemplos incluyen: Médicos (M.D. o D.O.), Especialistas en Vida Independiente, Oftalmólogos, Terapistas Físicos o de Rehabilitación, Psiquiatras, Terapistas Ocupacionales, Asistentes Sociales Licenciados, Instructores de Movilidad y Orientación, Enfermeras Registradas, Administradores de Casos.*

Nombre del profesional calificado\_\_\_\_\_

Tipo de profesional\_\_\_\_\_Agencia del profesional \_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_Número de teléfono\_\_\_\_\_

Nombre del profesional calificado\_\_\_\_\_

Tipo de profesional\_\_\_\_\_Agencia del profesional \_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_Número de teléfono\_\_\_\_\_

### **Autorización para Compartir Información**

Por la presente autorizo a los profesionales arriba mencionados a que provean información referente a mi discapacidad y habilidades a usar los servicios de WATA y/o a personas que asistan a WATA a determinar mi elegibilidad para el servicio Paratransit. Comprendo que esta información será utilizada tan sólo con el propósito de determinar mi elegibilidad para los servicios de Paratransit y que toda información sobre mi discapacidad será mantenida confidencialmente.

También comprendo que, a no costo para mí, WATA podría pedirme que participe en una evaluación en persona, de mis habilidades de viaje y estoy de acuerdo con tal evaluación si una fuera necesaria. Si no me presento a la evaluación en persona, los servicios de Paratransit serán suspendidos hasta que haga arreglos para una evaluación completa.

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante o persona responsable* \_\_\_\_\_  
*Fecha*