



Elegibilidad de paratransito ADA

El servicio de paratransito de Round Rock es para personas con una discapacidad que les impide viajar de forma independiente en el servicio de ruta fija, ya sea todo el tiempo o parte del tiempo. La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) describe criterios específicos para determinar la elegibilidad para los servicios de paratransito; por lo tanto, se requiere una solicitud y una entrevista de elegibilidad en persona para determinar la elegibilidad individual de un solicitante.

Para solicitar este servicio, usted y su profesional de la salud deben completar esta solicitud. Se puede incluir otra documentación de respaldo con su solicitud. La información que proporcione puede compartirse con otros proveedores de tránsito para facilitar su viaje en otras áreas.

Si necesita algún tipo de formato alternativo para esta aplicación o tiene alguna pregunta, comuníquese al (512) 218-7074.

Lea y siga estas instrucciones.

Parte A: Información del solicitante y liberación: usted completa

Parte B: Verificación del proveedor de atención médica: el profesional de atención médica completa
Vea a continuación quién está autorizado

El solicitante NO PUEDE completar esta sección.

Es muy importante que usted y su proveedor de atención médica respondan detalladamente cada pregunta de la solicitud.

Una vez que TODO el papeleo esté completo, puede:

Envíe por correo o entregue en persona a:

ciudad de roca redonda
ATTN: Coordinador de Tránsito
300 W. Bagdad
Ronda Rock, Texas 78664

Correo electrónico a: ejohnson@roundrocktexas.gov

Toda la información recibida en esta solicitud se mantendrá **CONFIDENCIAL**

Recibirá su determinación de elegibilidad dentro de los 21 días calendario a partir de la fecha en que se complete TODO lo siguiente:

- Solicitud original completa y verificación recibida
- Entrevista personal
- Cualquier información adicional solicitada es recibida por el personal
- Cualquier solicitante que haya completado los pasos anteriores pero no haya recibido una carta de determinación de elegibilidad, dentro de los 21 días, tendrá derecho al uso ilimitado del servicio de paratransito hasta que sea notificado de su estatus de elegibilidad.



Elegibilidad de paratrásito ADA

PARTE A: INFORMACIÓN Y EXENCIÓN DEL SOLICITANTE (en letra de imprenta).
Todas las preguntas deben ser respondidas antes de que se considere su solicitud.

POR FAVOR IMPRIMIR

El nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Habla _____ N.º de apartamento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo electrónico _____

Nombre del complejo de apartamentos u hogar de ancianos: _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

Persona de contacto en caso de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

¿Necesita un asistente de cuidado personal (PCA) para ayudarlo a viajar? Sí No

¿Qué discapacidad le han diagnosticado? _____

¿Es su discapacidad o salud condicional Permanente Temporal?

Temporal; se espera que dure hasta _____

Dispositivos de asistencia utilizados (marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Convencional eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Scooter | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Si usa una silla de ruedas, ¿tiene su residencia una rampa para sillas de ruedas para varios escalones? Sí No

Si usa un animal de servicio, ¿qué servicio brinda el animal? _____



Elegibilidad de paratransito ADA

Part A

Explique brevemente cómo su discapacidad le impide utilizar los Autobuses de Ruta Fija (autobuses urbanos) _____

¿Puedes subir diez escalones con un pasamanos, sin la ayuda de otra persona? Sí No

Si el solicitante tiene una discapacidad que afecta la movilidad, indique qué distancia puede viajar sin la ayuda de otra persona.

- menos de 200 pies 1 a 2 cuadras 3 a 4 cuadras
 5 a 6 bloques 7 a 8 bloques 9 o más bloques

Describa su vecindario: (marque todo lo que corresponda)

- aceras frente a su residencia
 rampas para sillas de ruedas en su residencia
 camino pavimentado frente a usted
 camino sin pavimentar frente a su residencia

CERTIFICACIÓN

Certifico que toda la información contenida en la PARTE A de esta solicitud fue completada por mí o por mi representante autorizado y es verdadera y correcta. Acepto notificar a la ciudad de Round Rock sobre cualquier cambio en mi estado que pueda afectar mi elegibilidad para usar el servicio. Entiendo que tendré que asistir a una revisión de elegibilidad en persona.

He leído y entiendo completamente las condiciones de servicio descritas en el Plan de Paratransito Complementario de la ADA y acepto cumplirlas. También entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos será motivo para revocar mi solicitud y el derecho a participar en el programa. Acepto que, si estoy certificado para el servicio de paratransito de Round Rock, pagaré la tarifa exacta, si se requiere, para cada viaje.

Entiendo y acepto eximir de responsabilidad a la Ciudad de Round Rock contra todos los reclamos o responsabilidades por daños a cualquier persona, propiedad o lesiones personales que ocurran como resultado de mi falta de equipamiento o mantenimiento de la seguridad del equipo de adaptación o el animal de servicio que necesito. para la movilidad.

Por la presente autorizo la divulgación de información de verificación y cualquier información adicional a la Ciudad de Round Rock con el fin de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa.

Firma _____ Fecha _____

Información del representante autorizado

Nombre _____ Relación con la solicitante _____

Firma _____ Fecha _____



Elegibilidad de paratransito ADA

PART B: HEALTHCARE PROVIDER VERIFICATION (please print)
To be Completed by a Medical Professional Only

Para ser completado por Profesional Médico Solamente

The applicant is asking you to review the information on this application and to complete and sign part B of this form certifying that they have a disability that prevents them from using Fixed Route buses (city buses). This information will be used to determine whether or not the applicant needs to use Paratransit service or is able to use Fixed Route service for their travel needs. **To be completed by a medical professional who is knowledgeable about the applicant's functional ability.**

We need to know the limitation of their disability that limits their ability to ride the Fixed Route Bus the following is necessary for us to process this applications request:

- Through details of the applicants' functional limitations and how they inhibit that person's ability to board and use the Fixed Route Bus.
- Through details of the applicant's cognitive limitation and how they inhibit that person's ability to navigate using a Fixed Route bus.
- Through details of the applicant's physical limitation and how they inhibit that person's ability to reach a bus stop or the destination from a bus stop.

Under the Americans with Disability Act (ADA), if a person has the functional capability to use Round Rock city buses that person is not eligible for paratransit service (curb to curb). Disability alone and distance to and from a bus stop, by itself, does not qualify a person for Round Rock Transit paratransit service.

Thank you for our assistance. If you have any questions, please contact us 512-218-7074.

You are (Please check one):

<input type="checkbox"/> Medical Doctor (MD or DO)	<input type="checkbox"/> Optometrist	<input type="checkbox"/> Psychologist (Ph.D.)
<input type="checkbox"/> Physician Assistant	<input type="checkbox"/> Clinical Social Worker	<input type="checkbox"/> Chiropractor
<input type="checkbox"/> Nurse Practitioner	<input type="checkbox"/> Physical or Occupational Therapist	
<input type="checkbox"/> Podiatrist	<input type="checkbox"/> Optometrist	
<input type="checkbox"/> Other _____		

License/Certification ID # _____



Elegibilidad de paratransito ADA

Part B – Continued

Name of Patient/Applicant _____ Last Seen _____

Please describe the medical diagnosis, physical or cognitive disability _____

If curb to curb service is needed, please describe the physical and/or cognitive condition and how it functionally prevents the applicant from using regular city buses: _____

Is the disability permanent or temporary? Temporary Permanent

Are any of the applicant’s conditions episodic or variable in their severity? Some examples would include fatigue from dialysis or relapsing and remitting systems as in MS?

No Yes If yes please provide details: _____

CERTIFICATION

Person Completing Form: _____

Professional Title _____

Agency Affiliation _____

Business Address _____ City _____ Zip _____

Phone _____

I certify the information contained in **Part B** is true and correct to the best of my knowledge. I hereby verify the diagnosis of disability listed has been reviewed by me, is accurate and true, and represents the current condition of the applicant named in this application.

Signature

Date