



## Solicitud de Paratrásito ADA

Round Rock Rides es el programa de transporte compartido bajo demanda de la Ciudad con más de 700 paradas virtuales, que ofrece una opción de transporte público asequible dentro de la Ciudad, donde las rutas tradicionales de autobús no son factibles. Actualmente impulsado por “zTrip”, con sede en Austin, este servicio permite a los pasajeros reservar, pagar y rastrear su viaje usando una aplicación móvil que los recoge y los deja cerca de su ubicación deseada, ajustando las rutas dinámicamente según la demanda.

### ¿Qué es el Servicio de Paratrásito ADA?

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) requiere que las agencias de transporte proporcionen servicio de Paratrásito dentro de 3/4 de milla de una ruta fija. La elegibilidad para ADA del servicio de transporte bajo demanda de acera a acera se basa en la incapacidad funcional de una persona para usar o acceder al autobús de ruta fija o a una de las paradas virtuales de Round Rock Ride.

La elegibilidad se determina mediante una solicitud, verificación profesional/médica y una evaluación en persona. La elegibilidad no se basa únicamente en el diagnóstico, sino en una evaluación funcional de si la discapacidad afecta la capacidad de una persona para usar el transporte público regular de ruta fija. La elegibilidad puede otorgarse de manera permanente, temporal o condicional.

La elegibilidad para la ADA no incluye la incapacidad para conducir, el malestar general, el miedo a usar el transporte.

### Completar la solicitud

Este formulario ofrece la oportunidad de describir las limitaciones que pueda tener y que le impidan utilizar el servicio de ruta fija. Es responsabilidad del individuo completar el formulario y obtener la certificación de un profesional de la salud. Si necesita un formato alternativo para esta solicitud o tiene preguntas, comuníquese con 512.218.7074.

### Complete en las siguientes secciones

Sección 1— Información del solicitante que usted completa y firma

Sección 2— Verificación del Profesional de la Salud Profesión de la Salud Completa y Firma

### Envíe el Formulario de Elegibilidad ADA completado por USPS o correo electrónico a:

City of Round Rock  
ATTN: Transit Coordinator  
3400 Sunrise  
Round Rock, Texas 78665

Correo electrónico: [pilling@roundrocktexas.gov](mailto:pilling@roundrocktexas.gov)

### Entrevista de evaluación

Se programará una entrevista en persona o por teléfono para determinar la elegibilidad.

### Cómo montar guía

La determinación de elegibilidad se hará dentro de los 21 días posteriores a la fecha en que se haya presentado toda la información. Se proporcionará una Guía del Pasajero con información sobre cómo configurar la cuenta, hacer reservas, tarifas y otra información importante.

### Additional information

Para información adicional visite el sitio web del Tránsito de la Ciudad en:  
[roundrocktexas.gov/city-departments/transportation/public-transportation/](http://roundrocktexas.gov/city-departments/transportation/public-transportation/)

## Sección 1—El solicitante completa

### Información básica

Por favor, imprima

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

### Person to Contact in Case of Emergency

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

¿Necesita un Asistente de Cuidado Personal (PCA) que le ayude a viajar? si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### Para ser completado si otra persona ayudó en la cumplimentación de este formulario

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

**Certificación: Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.**

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

¿Con qué discapacidad le han diagnosticado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es tu discapacidad? Permanente \_\_\_\_ Temporal \_\_\_\_ Si es temporal, se espera que dure hasta \_\_\_\_\_

Dispositivos de asistencia utilizados (Marque todos los que correspondan)

Bastón \_\_\_\_ Silla de ruedas manual \_\_\_\_ Silla de ruedas eléctrica \_\_\_\_ Scooters \_\_\_\_ Andador \_\_\_\_

Andador con ruedas \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Si usa una silla de ruedas, ¿su residencia tiene una rampa para silla de ruedas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si utiliza un animal de servicio, ¿qué servicio proporciona el animal? \_\_\_\_\_

**Section 1—Applicant Completes Continued**

<b>Your Functional Ability (Circle One Answer)</b>				
¿Puedes subir y bajar escalones si hay pasamanos presentes?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Eres capaz de usar un teléfono para obtener información?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Puedes cruzar en intersecciones controladas por semáforos?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Puedes reconocer tu destino o punto de referencia?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Puedes cruzar la calle si hay rebajes en la acera?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Puedes recorrer 3 manzanas de la ciudad con buen clima?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Eres capaz de lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Puedes subir o bajar una colina gradual en la acera?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Puedes encontrar tu propio camino hasta la parada de autobús?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Eres capaz de viajar solo?	Siempre	A veces	Nunca	No sé

**Tu viaje actual**

Enumere sus 3 o 4 destinos más frecuentes en la ciudad de Round Rock y cómo llega allí actualmente.		
Round Rock	Modo de viaje	Frecuencia

**Consideraciones relacionadas con el clima**

¿Afecta el clima tu capacidad para viajar?	Sí	No
Si respondió sí, por favor explique cómo:		



## Sección 2—Verificación por Profesional de la Salud

*Para ser completado únicamente por un profesional médico*

Profesional de la salud calificado:

Para determinar si el solicitante que suscribe es elegible para el servicio de paratransito ADA de la Ciudad de Round Rock de acera a acera, solicitamos su asistencia. Por favor complete la información a continuación para describir en términos sencillos la discapacidad del solicitante y cómo le impide usar de manera independiente el sistema de autobuses de ruta fija.

Información detallada sobre la limitación física, la limitación cognitiva y las limitaciones funcionales del solicitante, y cómo estas inhiben la capacidad de esa persona para desplazarse al sistema de autobuses de ruta fija.

Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial y solo se utilizará para la determinación de elegibilidad por parte de la Ciudad.

Nombre del paciente/solicitante \_\_\_\_\_

¿Cuál es el diagnóstico médico que causa la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Es esta condición temporal? \_\_\_\_\_ Permanente \_\_\_\_\_

Si es temporal, ¿cuál es la duración esperada? \_\_\_\_\_

Certificación

Persona que completa la verificación: \_\_\_\_\_

Título profesional \_\_\_\_\_ Número de certificación del estado de Texas # \_\_\_\_\_

Afiliación a la agencia \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_

Por la presente verifico que el diagnóstico de discapacidad indicado ha sido revisado por mí, es preciso y verdadero, y representa la condición actual del solicitante mencionado en esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

