



## 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

### ¿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 \_\_\_\_\_

### Persona a contactar en caso de emergencia

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** \_\_\_\_\_

### Información sobre discapacidad

¿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 de movilidad \_\_\_\_

Anadador \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

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

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

**Sección 1—El solicitante continúa completando**

<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?	Si	No
Si respondió sí, por favor explique cómo:		



## Sección 2—Verificación por Profesional de la Salude

*Para ser completado únicamente por un profesional médico*

Qualified Healthcare Professional:

In order to determine whether the undersigned applicant is eligible for the City of Round Rock ADA curb-to-curb paratransit service, we are requesting your assistance. Please fill out the information on below to describe in layman terms the applicant’s disability and how it prevents them from independently using the fixed-route bus system.

Detailed information on about the applicant’s physical limitation, on and functional limitations and how they inhibit that persons ability to navigate to the fixed-route bus system.

All information provided will be kept confidential and only used for eligibility determination by the City.

Name of Patient/Applicant \_\_\_\_\_

What is the medical diagnosis that causes the disability? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is this condition Temporary \_\_\_\_\_ Permanent \_\_\_\_\_

If temporary, what is the expected duration? \_\_\_\_\_

### Certification

Person completing the verification: \_\_\_\_\_

Professional Title \_\_\_\_\_ State of Texas Certification ID # \_\_\_\_\_

Agency Affiliation \_\_\_\_\_

Business Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone \_\_\_\_\_

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

