



SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL SERVICIO PARATRÁNSITO DE LA LEY SOBRE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA, POR SUS SIGLAS EN INGLES)

Si es un individuo con alguna discapacidad y cree que esta le impide utilizar el sistema de ruta fija (autobuses que operan siguiendo una ruta y horario fijo) de la Central Midlands Transit (The COMET), usted puede ser elegible para para el servicio de paratrásito provisto por el Dial-a-Ride Transit System (DART, por sus siglas en inglés). La información que usted provea en esta solicitud ayudará a The COMET a comprender sus habilidades, al igual que los retos y barreras que pueden impedir el que usted utilice el sistema de ruta fija. **Toda la información provista es confidencial; solo será compartida con los profesionales responsables de evaluar su solicitud. Se le proveerá servicio de transporte complementario para la evaluación funcional.**

Es importante que llene **TODAS LAS SECCIONES** de este formulario. **Formularios incompletos serán devueltos sin evaluarse**, resultando en atrasos en su solicitud. Por favor llame al (803) 255-7123 de tener preguntas o necesitar ayuda llenando este formulario. Una vez completado, **envíe la solicitud a la siguiente dirección:**

**Able South Carolina
Attn: Paratransit Eligibility
720 Gracern Road, Ste. 106
Columbia, South Carolina 29210**

Email: transportation@able-sc.org

EL PROCESO DE ELEGIBILIDAD DE THE COMET:

- 1.** El formulario será revisado para verificar que toda la información solicitada haya sido provista. Esto incluye la verificación de discapacidad por parte de un profesional acreditado.
- 2.** Una entrevista telefónica y/o en persona será programada entre 3 a 12 días luego de recibir su solicitud debidamente completada para realizar una evaluación funcional.
- 3.** La determinación de elegibilidad será enviada por correo dentro de 21 días luego de recibir su solicitud debidamente completada. De no estar de acuerdo con la decisión, tiene derecho a apelar. Si la determinación de elegibilidad toma más de 21 días, se presume que usted es elegible y se le proveerá el servicio de paratrásito a menos que la solicitud le sea denegada más tarde.

INFORMACIÓN GENERAL

Llene en letra de molde

Nombre: _____ **Inicial:** _____

Apellido: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono Diurno: _____

Teléfono Nocturno: _____

Número TTD/TTY: _____

Email: _____ **Género:** _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Teléfono Diurno: _____

Teléfono Nocturno: _____

Dirección Postal (de ser diferente a la dirección anterior):

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

¿Desea recibir toda información futura en un formato accesible?

SI: ____ NO: ____ De contestar si, indique el formato preferido:

Letra Grande: ____ Braille: ____ E-Text: ____ Otro: _____

DISCAPACIDAD Y EQUIPO DE MOBILIDAD

1. De las siguientes opciones, ¿cuál limita su habilidad para utilizar el servicio de ruta fija de The COMET? (Seleccione todas las que apliquen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Visión Pobre / Ciego(a) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad en el Desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Otro |

2. Describa su discapacidad (o discapacidades) con más detalle:

3. ¿Cómo la discapacidad(es) descrita anteriormente le impide utilizar el servicio de ruta fija de The COMET?

4. ¿Cuál de las siguientes ayudas de movilidad o equipos especializados utiliza con regularidad para moverse de un lugar a otro? (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón Blanco | <input type="checkbox"/> Silla Eléctrica | <input type="checkbox"/> Oxígeno Portátil |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Scooter Eléctrico | <input type="checkbox"/> Audífonos |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio | |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo de Comunicación | <input type="checkbox"/> Otro | _____ |

5. De utilizar una silla de ruedas eléctrica o un scooter, indique si el mismo es:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Igual o menor de 30 pulgadas de ancho | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Igual o menor de 48 pulgadas de largo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Peso combinado (usted y la silla) menor de 600 libras | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

6. ¿Puede esperar afuera por 15 minutos?

- Si No A veces

SUS NECESIDADES DE TRANSPORTE

1. ¿Requiere la asistencia de un Asistente de Cuidado Personal (PCA, por sus siglas en inglés) cuando viaja?

Si No A veces

2. ¿Está interesado(a) en participar del programa de Entrenamiento de Transporte (Travel Training)? El mismo lo adiestra a utilizar el sistema de rutas fija de The COMET. Luego de culminado el adiestramiento, usted puede cualificar para tarifas reducidas en el sistema de rutas fijas de The COMET.

Si No

3. Enumere los cinco (5) viajes que realiza con mayor frecuencia. Por favor indique el destino y propósito del viaje y el método que utiliza actualmente para realizar el viaje.

<u>Destino (Dirección)</u>	<u>Propósito</u>	<u>¿Cómo llega al destino?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Puedo cruzar la calle por mi cuenta bajo las siguientes condiciones:

(Seleccione todas las que apliquen)

a. Calles tranquilas con poco tráfico vehicular

Usualmente A veces Nunca

b. En la mayoría de las intersecciones

Usualmente A veces Nunca

c. En cualquier lugar

Usualmente A veces Nunca

d. En ninguna instancia

Usualmente A veces Nunca

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE / FIRMA

SECCIÓN A

- a.) Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta.
- b.) Comprendo que debo completar una evaluación funcional de mis habilidades.
- c.) Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en las cuales no puedo utilizar el sistema de ruta fija y soy elegible para DART, el sistema de paratransito de The COMET.
- d.) Comprendo que toda la información provista es confidencial. Solo la información necesaria para llevar a cabo el servicio que solicito será divulgada a aquellos profesionales responsables de proveer el servicio.
- e.) Entiendo que las referencias profesionales serán contactadas para verificar la información provista en la solicitud.
- f.) Comprendo que The COMET se reserva el derecho de reevaluar periódicamente mi elegibilidad para el servicio de paratransito de Dial-a-Ride-Transit (DART).
- g.) Los profesionales citados en este formulario están autorizados para proveer cualquier información requerida por The COMET o sus agentes para completar el proceso de certificación/revisión de elegibilidad.

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Firma del Testigo: _____ **Fecha:** _____

Complete la Sección B **SOLAMENTE** si es menor de edad o tiene un tutor legal. La misma debe ser llenada por el padre o tutor legal.

SECCIÓN B (para padres o tutores legales)

- a.) Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta y entiendo que el solicitante debe completar una evaluación funcional de sus habilidades.
- b.) Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en las cuales el solicitante no puede utilizar el sistema de ruta fija y es elegible para DART, el sistema de paratransito de The COMET.
- c.) Doy mi consentimiento para la entrevista con el solicitante y la evaluación funcional de su capacidad para viajar y las limitaciones que determinen su elegibilidad para el servicio de paratransito ADA.
- d.) Comprendo que el solicitante debe estar presente para la entrevista y la evaluación funcional.

e.) Entiendo que puedo estar presente durante la entrevista y la evaluación funcional e informo que: (Seleccione solo uno)

- Yo estaré presente,
- Designo a _____ para que esté presente como mi representante, o
- Renuncio a mi derecho a estar presente y no designo a otra persona para que esté presente como mi representante.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre (letra de molde): _____

Relación con el solicitante: _____

SI RECIBIÓ ASISTENCIA LLENADO ESTA SOLICITUD

A ser completado por la persona que le asistió a llenar la solicitud.

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta según la información provista por el solicitante.

Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta basado en mi conocimiento de la discapacidad o condición de salud del solicitante.

Nombre: _____ **Teléfono Diurno:** () _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Relación con el solicitante: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

Indique dos (2) profesionales acreditados que puedan ser contactados para verificar la información provista. Los profesionales acreditados incluyen: médico acreditado, terapeuta físico, terapeuta ocupacional, optómetra, oftalmólogo, audiólogo, psicólogo, enfermera certificada (LPN o RN), terapeuta ocupacional, patólogo del habla y trabajador social.

Nombre: _____	Nombre: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____
Título Profesional: _____	Título Profesional: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: _____	Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____	Estado: _____ Código Postal: _____

Solicitante, DETÉNGASE AQUÍ. Un profesional acreditado debe llenar las siguientes secciones.

Las Secciones B al F deben ser llenadas por un profesional acreditado.

SECCIÓN B

El servicio de paratransito ADA conocido como Dial-a-Ride-Transit (DART, por sus siglas en inglés) provee servicio a personas que no pueden utilizar el sistema de ruta fija. La información que usted provea nos ayudará a realizar la determinación de elegibilidad apropiada. Gracias por su cooperación.

B1 Capacidad en la cual usted conoce al solicitante:

B2 ¿Cuál es la condición médica o discapacidad que previene que el solicitante utilice el sistema de ruta fija? (Indique toda las condiciones o discapacidades que apliquen)

B3 ¿Es la condición temporera?
 Si No

Llene las Secciones C a E según sea apropiado.

SECCIÓN C Si la persona tiene una discapacidad visual

C1 Agudeza Visual con Corrección Mejor en:
Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____

C2 Campo Visual
Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____

SECCIÓN D Si la persona tiene una discapacidad que afecte la movilidad

D1 ¿Puede el solicitante esperar afuera sin soporte por 10 minutos?
 Si No A veces

D2 Utilizando cualquier ayuda de movilidad o por su cuenta, ¿cuán lejos puede caminar el solicitante sin la ayuda de otra persona?
 Menos de 200 pies ¼ milla (3 bloques)
 ½ milla (9 bloques) Más de ¾ de milla

D3 ¿Alguna de las siguientes afectan la habilidad del solicitante de viajar de manera independiente? (Seleccione todas las que apliquen)
 Clima Caliente Montes Empinados
 Clima Frio Cruzar la Carretera

SECCIÓN E Si la persona tiene una discapacidad cognitiva

¿Es la persona capaz de?:

E1 ¿Dar direcciones y números de teléfono a petición?
 Si No

E2 ¿Reconocer señales o puntos de referencia en su destino?

Si

No

E3 ¿Manejar situaciones o cambios inesperados en su rutina?

Si

No

E4 ¿Preguntar, entender y seguir direcciones?

Si

No

E5 Viajar en forma segura y efectiva a través de instalaciones abarrotadas de personas?

Si

No

SECCIÓN F

Nombre del Profesional (letra de molde):

Dirección de la Oficina:

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono de la Oficina: _____ **Fax:** _____

Firma:
