



LAREDO TRANSIT MANAGEMENT INC.

Solicitud para la Certificación de Derechos de Paratrásito de la Ley ADA

La Ley de Americanos Discapacitados de 1990 (ADA) es la normativa federal que prohíbe la discriminación contra las personas discapacitadas. Uno de los principios preponderantes de la Ley ADA es asegurar que todos los individuos tengan un acceso igualitario al transporte público. A fin de garantizar este acceso, los vehículos e instalaciones para el transporte público deben ser plenamente accesibles y utilizables para las personas con discapacidades. Para aquellas personas quienes, debido a una discapacidad física o mental (incluyendo inmovilidad o privación de las facultades mentales), estén imposibilitadas para utilizar en forma independiente los autobuses de transporte público regular de rutas fijas, se deberá ofrecer la disponibilidad de servicios de paratrásito.

Si usted considera que tiene una discapacidad (incluyendo inmovilidad o privación de las facultades mentales), que le impida utilizar en forma independiente las instalaciones y/o vehículos de transporte público de rutas fijas, llene por favor esta forma y devuélvala a la oficina de Laredo Transit Management, Inc. ubicada en la oficina del Centro de Tránsito en el centro de la ciudad. Las preguntas que aparecen en esta solicitud están diseñadas para asistirle en la determinación de sus habilidades funcionales.

Su solicitud será revisada y en un plazo de 21 días se tomará una resolución sobre sus derechos a los servicios de paratrásito. Puede determinarse que usted tiene derecho a los servicios de paratrásito para todas sus necesidades de transporte; puede tener derecho (en base a su capacidad) a ciertos derechos y no a otros, o bien puede determinarse que usted es apto para utilizar las instalaciones y vehículos de ruta fija. Si usted no está de acuerdo con la resolución tomada sobre sus derechos, puede apelar la decisión. Es posible que durante la revisión de su solicitud se le pida que proporcione información adicional. Esto puede incluir contactar a un profesional acreditado que esté familiarizado con su capacidad funcionales, una entrevista por teléfono o en persona, o una evaluación funcional física o mental.

Toda información relativa al proceso de certificación y del servicio de paratrásito estará disponible en formatos accesibles de todo tipo (Vg. Letra Grande, Audio Cinta, CD y otros) sujeto a solicitud.

Toda información solicitada durante el proceso de certificación será estrictamente confidencial.

Es importante llenar todas las partes de esta forma – favor de imprimir o usar letra de molde. Las solicitudes inconclusas o no escritas con claridad serán devueltas, lo cual provocará demoras en el proceso de determinación de sus derechos.

Revisado: Marzo 2022

PARTE 1. Información General

Nombre _____ Inicial Media _____

Apellido _____ Sexo: M _____ F _____

Domicilio: _____ Apt.#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. Postal _____

Dirección de Correspondencia (Si distinto al Domicilio): _____ Apt.#: _____

Teléfono Diurno: (____) _____ TDD/TTY (Teletexto): (____) _____

Teléfono Nocturno: (____) _____ Fecha de Nacimiento (opcional): ____ / ____ / ____

Necesita esta solicitud y la información escrita futura en un formato accesible a personas discapacitadas? _____ Si _____ No (Si la respuesta es “Sí” ¿qué formato prefiere?)

_____ CD _____ Audio cinta _____ Letra Grande _____ Inglés/Español _____

Si recibió asistencia para llenar esta forma, favor de indicar quien:

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

Parentesco: _____

Favor de indicar si esta persona puede ser directamente contactado en caso de requerirse información adicional.

Si No

Favor de proporcionar el nombre y teléfono de algún amigo o pariente con quien comunicarnos si no le podemos localizar a usted en su teléfono regular:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono Diurno: (____) _____ Teléfono Nocturno: (____) _____

PARTE 2. Favor de contestar detalladamente las siguientes preguntas—Sus respuestas específicas nos ayudarán a determinar que derechos le corresponden.

1.a. ¿En que consiste la discapacidad o condición de salud que le impide utilizar el transporte público?

b. Explique CÓMO es que su incapacidad o condición de salud le impide utilizar independientemente los servicios de transporte público (autobuses de EL METRO).

c. Las condiciones descritas arriba ¿son permanentes _____ o temporales ____? (Seleccione una.) Si son temporales, ¿cuánto tiempo estima que durará esta condición? _____

2. ¿Cómo se transporta actualmente a sus destinos más frecuentes? Marque todas las que correspondan.

- _____ Autobuses Públicos
_____ Alguien me lleva
_____ Yo conduzco
_____ Paratránsito
_____ Taxi
_____ Otro: _____

3. ¿Varían sus condiciones de salud o discapacidad de un día para otro de manera que afecte su capacidad para utilizar los autobuses públicos?

Sí, a veces mejoran, a veces empeoran. No, no varían. No lo sé. Si la respuesta es “Sí” o “No lo sé” explique porqué:

Para las preguntas 4 a 12, favor de indicar si usted puede realizar en forma independiente las siguientes funciones. TODAS las respuestas que indiquen “No”, o “A Veces”, deben explicarse; si no lo hace se considerará que la solicitud está incompleta.

4. ¿Entiende usted las direcciones necesarias para finalizar un viaje? (Esto no se refiere no estar acostumbrado al idioma Inglés.) Sí No A Veces
Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

5. ¿Puede usted identificar la parada de transporte público correcta? Sí No A Veces
Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

6. ¿Puede usted identificar el vehículo de transporte público correcto? Sí No A Veces
Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

7. ¿Puede usted llegar hasta y desde la parada de transporte público más cercana?
 Sí No A Veces Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

Anote cuántas cuadras ciudadinas puede recorrer en forma independiente: _____

8. ¿Puede usted esperar al menos 15 minutos en una parada de transporte público?
 Sí No A Veces Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

¿Podría esperar más de 15 minutos? Sí No A Veces

Si la respuesta es “Sí”, ¿Cuánto tiempo? _____(Minutos)

¿Podría esperar si hubiese un lugar para sentarse o una caseta de descanso? Sí No A Veces

9. ¿Puede usted subir o bajar de un vehículo de transporte público sin que le asistan?

Sí No A Veces Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

10. ¿Puede usted subir o bajar de un vehículo de transporte público si cuenta con una rampa de ascenso o si el frente del autobús es más bajo?

Sí

No

A Veces

No sé; nunca lo he intentado.

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

11. ¿Puede usted sujetar las manijas o pasamanos, monedas o boletos al abordar o descender de un vehículo de transporte?

Sí

No

A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

12. ¿Puede usted mantener el equilibrio y tolerar el movimiento del vehículo de transporte público al estar sentado?

Sí

No

A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué:

13. ¿Alguna vez ha recibido capacitación o instrucciones para aprender cómo utilizar el autobús de transporte público?

- Sí
 No

Si seleccionó “Sí”, ¿dónde y cuándo recibió esta capacitación?

14. ¿Esta equipado con acceso para discapacitados el transporte público que usted requiere?

- Sí
 No
 A Veces
 No sé; nunca lo he comprobado. Si respondió “No” o “A Veces” explique de qué manera no tiene dicho equipamiento de accesibilidad.

15. ¿Utiliza usted cualquiera de los siguientes auxiliares de movimiento o equipo especializado? Marque todos los que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual * | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Silla Eléctrica * | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Motoneta* | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Tabla de Comunicación | <input type="checkbox"/> Aparato Ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Aparato de Respiración (Oxígeno Portátil O ₂) | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Perro para Invidente / Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> Identificación Personal |
| <input type="checkbox"/> Andador | |
| <input type="checkbox"/> Tarjetas para Memoria | |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

16. ¿Le acompaña un Asistente de Cuidado Personal (PCA) y/o un animal de servicio cuando sale usted de su hogar? Nota: Un PCA es alguien designado o empleado por una persona discapacitada para asistir a dicha persona en sus necesidades personales y/o facilitar la travesía durante algún viaje específico. Un animal de servicio esta adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota.

- Sí
 No
 A Veces

Si la respuesta es “Sí” o “A Veces,” favor de proporcionar el nombre del PCA y/o el tipo de animal de servicio (opcional): _____

17. ¿Utiliza actualmente servicios de paratransito? (Favor de seleccionar una opción):

- Sí
- No
- A Veces

Si la respuesta es “Si” o “A veces”, ¿cuándo utiliza el servicio de paratransito? _____

Favor de proporcionar el nombre del proveedor del servicio de paratransito: _____

PARTE 3. Firma: Favor de llenar el Recuadro A Menos de que usted sea Menor de Edad o tenga un Tutor Legal, en cuyo caso el Padre o Tutor Legal debe llenar el Recuadro B.

A. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el falseamiento de la información puede tener como consecuencia la negación del servicio. Entiendo que toda la información es estrictamente confidencial, y que solamente se revelará la información necesaria para brindar los servicios a quienes presten dichos servicios. Entiendo que podría ser necesario contactar a algún profesionalista familiarizado con mi capacidad funcional para usar el transporte público, a fin de asistir durante la determinación de la elegibilidad de derechos.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

B. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el Solicitante tiene derecho a utilizar los Servicios de Paratransito conforme a la Ley ADA. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el falseamiento de la información puede tener como consecuencia la negación del servicio, así como sanciones conforme a la ley. Convengo en notificar a LAREDO TRANSIT MANAGEMENT INC. si el Solicitante deja de necesitar utilizar los Servicios de Paratransito conforme a la Ley ADA.

Doy mi consentimiento para la entrevista con el Solicitante y la evaluación funcional de su capacidad para viajar y las limitaciones que determinen la elegibilidad para los derechos de paratransito que correspondan conforme a la Ley ADA. Me doy por enterado que puedo estar presente durante la entrevista y cualquier evaluación funcional, y declaro que:

(Seleccione uno de los siguientes)

- Estaré presente
- Designo a _____ para que esté presente en mi representación, o
- Renuncio a mi derecho a estar presente y no designo a otra persona para que me represente.

_____ Fecha _____

(Firma del Padre o Tutor Legal) _____

AUTORIZACIÓN PARA ENTREGA DE REGISTROS MÉDICOS

(Debe ser llenado por el Solicitante)

La verificación de la discapacidad por un Médico acreditado no garantiza la elegibilidad para el derecho de servicios de transporte de paratransito, pero sí puede representar un muy importante papel en el proceso de determinación de dichos derechos. s importante que cualquier profesionista que verifique la discapacidad del individuo esté familiarizado no sólo con la discapacidad específica de la persona, sino también con su imposibilidad para viajar en el sistema regular de autobuses de EL METRO.

Declaración de Entrega

Yo, el suscrito, entiendo que la información médica solicitada es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o dependencia. Por medio de la presente autorizo que los profesionistas abajo listados entreguen a LAREDO TRANSIT MANAGEMENT INC. cualquiera de los registros y/o información médica para el único fin de determinar mi elegibilidad para los derechos a los servicios de paratransito.

Profesionistas Acreditados

Nota: Sólo Médicos Acreditados es autorizado a verificar su incapacidad.

Nombre del Profesionista _____

Domicilio: _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Post _____

Teléfono de Oficina: _____

Nombre del Solicitante (use letra de molde): _____

Firma del Solicitante (es necesaria) _____ Fecha _____



Solicitante  Aquí. ¡Un Profesional acreditado debe llenar las siguientes páginas!

PARTE 4: VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PARA EL TRANSPORTE DE RESPUESTA A LA DEMANDA DE RESPUESTA.

**Esta Sección Debe Ser Llenada por un PROFESIONAL ACREDITADO.
Favor de Usar Letra de Molde.**

Estimado Profesional:

La persona que le hace entrega de este folleto ha indicado que usted puede proporcionar información relativa a su incapacidad y el impacto de esta en su habilidad para utilizar los servicios de transporte público. La Ley de Americanos Discapacitados de 1990 obliga a Laredo Metro Inc, conocida como EL METRO a ofrecer transporte de respuesta a la demanda a las personas quienes debido a su incapacidad, no pueden utilizar el sistema regular de autobuses. La Ley de Discapacitados establece tres categorías como sigue:

1. Personas que debido a su incapacidad no pueden abordar, viajar y/o descender por su cuenta de un vehículo con acceso para personas discapacitadas.
2. Personas que debido a su discapacidad no pueden usar vehículos que no cuenten con elevadores u otras facilidades.
3. Personas que debido a su discapacidad no pueden llegar hasta o desde el sitio para abordar o descender del vehículo.

La información que usted proporcione, conforme a la autorización de la página 8 del presente folleto, nos permitirá realizar la adecuada evaluación de esta solicitud y su aplicabilidad a las peticiones de viajes específicos.

La verificación de discapacidad es obligatoria para todos los solicitantes del servicio de transporte que da respuesta a la demanda. La verificación por un médico es requerida, cualquier profesional que verifique la discapacidad de un individuo debe contar con conocimientos detallados de primera mano de la discapacidad de dicha persona, así como también la capacitación y credenciales necesarios para dicha evaluación.

Gracias por su colaboración.

Favor de describir su estatus profesional (Vg. Médico Certificado, Terapeuta Físico, Terapeuta Ocupacional, etc.) y sus métodos para evaluar la discapacidad del solicitante.

Favor de describir las condiciones actuales que incapacitan al solicitante.

¿Es temporal la condición o discapacidad del solicitante?

Sí No

Si Sí, para cuando se espera la recuperación ____/____/____ (____meses)

Discapacidad Física

¿Qué tan lejos puede desplazarse el solicitante sin la ayuda de otra persona, con o sin algún equipo auxiliar del movimiento?

Menos de 200 ft.

Menos de 200 ft.

Dos Cuadras

¼ de Milla (3 cuadras)

½ Milla (6 cuadras)

¾ de Milla (9 cuadras)

Más de ¾ de Milla

Otro

¿Puede el solicitante subir tres escalones de 12 pulgadas, usando pasamanos sin la asistencia de otra persona?

Sí No A Veces

¿Puede el solicitante esperar afuera solo, sin apoyo o supervisión durante diez (10) minutos.?

Sí No A Veces

¿Requiere el solicitante ayuda especial y/o equipo auxiliar del movimiento? Favor de describir.

Si el solicitante se cae ¿puede volver a levantarse sin ayuda?

Sí No A Veces

¿Puede el solicitante sortear el tráfico en forma segura e independiente?

Sí No A Veces

Discapacidad Visual

Si el solicitante sufre discapacidad visual, favor de proporcionar su nivel de agudeza visual con la máxima corrección de anteojos:

Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____

Campos Visuales:

Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____

Discapacidad Mental

¿Puede el solicitante decir siempre su nombre, dirección, y teléfonos de casa y de emergencia cuando se le pregunta?

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

¿Puede el solicitante reconocer alguna señal o particularidad de su destino o sitio especial?

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

¿Puede el solicitante lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en su rutina?

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

¿Puede el solicitante preguntar, entender y seguir direcciones?

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

¿Puede el solicitante desplazarse en forma segura y efectiva a través de multitudes y/o edificios complejos?

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

¿Puede el solicitante cruzar un cruce de calles en forma segura sin ayuda?

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

Otros Factores

(Esta información es necesaria para todos los solicitantes)

Favor de describir cualquier otra limitación (o limitaciones) funcional(es) relativas a viajar en autobús.
Favor de ser específico.

¿Puede el solicitante leer y/o entender los señalamientos informativos?

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

¿Necesita el solicitante ir acompañado de un Asistente de Cuidado Personal (PCA) al viajar?

Note: Un PCA es alguien que está asignado o empleado por una persona discapacitada para ayudar a dicha persona a realizar sus necesidades personales y/o facilitar el recorrido de un viaje específico. Un animal de servicio está adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota.

Sí No

Si "No", favor de explicar _____

Favor de identificar cualquier requerimiento especial del solicitante, particularmente la necesidad de viajar con un respirador o suministro portátil de oxígeno.

Favor de describir cualesquiera otros aspectos de la discapacidad del solicitante que pueda afectar el viajar.

La información obtenida durante este proceso de certificación de la Ley de Americanos Discapacitados (ADA) será utilizada únicamente por la Laredo Metro Inc, conocida como EL METRO, para determinar los derechos del solicitante a recibir servicio de transportación paratránsito que da respuesta a la demanda, y solamente será compartida con otros proveedores de servicio de tránsito o programas de transportación para facilitar y/o coordinar los servicios de viajes. Esta información será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito, salvo que sea autorizado por escrito por el solicitante.

Entiendo que la Verificación de la Discapacidad por un profesional acreditado no garantiza el reconocimiento de los derechos, pero juega un papel muy importante en el proceso de determinación de la elegibilidad a los derechos. Por lo tanto, hago constar que estoy familiarizado con la discapacidad específica del solicitante y con su capacidad o discapacidad para viajar en el sistema regular de autobuses de EL METRO.

Por medio del presente, se autoriza al personal de EL METRO a comunicarse conmigo o con miembros de mi oficina si es necesario, para completar el proceso de determinación de derecho, conforme a las disposiciones reglamentarias de implementación de la ADA (Vg.. Partes 37 y 38 del Código Federal CFR). Asimismo, convengo en proporcionar cualquier evidencia o documentación que EL METRO considere necesaria para la determinación final de los derechos para el goce de los servicios de transporte de Paratránsito de respuesta a la demanda, o cualquier apelación subsiguiente.

Hago constar que las declaraciones arriba presentadas son correctas y conforme a la verdad y entiendo que las declaraciones y certificaciones falsas o fraudulentas son sancionables conforme a la Ley.

Firma _____ **Fecha** _____

Nombre (use letra de molde)

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Teléfono de Oficina _____ Fax _____

Numero Licencias Identificación _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Solicitud Nueva Sí No Renovación de Certificación Sí No

Nombre _____

Dirección _____

Resolución: _____ Núm. ADA _____

Fecha de Vencimiento: ____/____/____

Fecha de Evaluación: ____/____/____

Fecha de Entrevista: ____/____/____

Entrevistado por: _____ Fecha: ____/____/____

Aprobado por: _____ Fecha: ____/____/____

Estatus: _____

Categoría de Elegibilidad: _____

Temporal Sí No Duración (meses): _____

Núm. de Identificación del Cliente : _____

Comentarios: _____

=====

SÓLO PARA FINES DE APELACIÓN:

FECHA DE CONTACTO: ____/____/____ **POR:** _____

FECHA DE APELACIÓN: ____/____/____

RESOLUCIÓN: _____