

County Express ha ampliado sus servicios para incluir la Ruta Fija, Rutas Entre Condados, y los servicios de Paratransito ("Paratransit"). Como resultado, County Express ha proveído más de 150,000 viajes para los residentes y visitantes del Condado de San Benito cada año.

El servicio de Acera-a-Acera no está disponible para los residentes que viven dentro de tres cuartos de ($\frac{3}{4}$) millas de los servicios de ruta fija. Las personas con una discapacidad que les impide utilizar de manera autónoma los servicios de ruta fija en Hollister, pueden utilizar el servicio de County Express Paratransito si él / ella es calificado. El servicio de Paratransito ofrece servicio de acera-a-acera hacia y desde los tres cuartos ($\frac{3}{4}$) zona de milla de una ruta fija.

County Express sigue las normas de elegibilidad para los servicios de Paratransito establecidas por la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990. Las personas con discapacidad en las siguientes categorías son elegibles para recibir servicios de Paratransito.

- 1^{er} Categoría – Solicitantes que no pueden utilizar el servicio de ruta fija de County Express de una manera autónoma
- 2^a Categoría – Solicitantes que pueden utilizar o aprender a utilizar un sistema de transporte accesible, pero ese sistema no esta completamente disponible.
- 3^{er} Categoría – Solicitantes que tengan una discapacidad específica que les impide ir hacia o desde una parada de autobús.

Si usted cree que califica para el servicio de Paratransito County Express, por favor complete la solicitud adjunta y envíela por correo a:

San Benito County Local Transportation Authority
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023

Toda la información proporcionada durante el proceso de certificación se mantendrá estrictamente confidencial. Las preguntas en esta solicitud están diseñadas para proporcionar asistencia en la determinación de sus capacidades funcionales. Una verificación médica por separado no es necesaria como parte de este proceso de aplicación. Sin embargo, se le pedirá que proporcione los nombres de dos personas que puedan confirmar la información que proporcionó en su aplicación.

Toda la información sobre este proceso de certificación y sobre los servicios Paratransito estará disponible en formatos accesibles si es pedida.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Autoridad Local de Transporte al (831) 637-7665.

SAN BENITO COUNTY LOCAL TRANSPORTATION AUTHORITY
INSTRUCTIONS AND APPLICATION FOR PARATRANSIT ELIGIBILITY

Servicios de Paratransito de County Express son para personas que no pueden utilizar de forma independiente el servicio de ruta fija, la parada de autobús más cercana aún no es accesible o existe una barrera física para llegar o partir de la parada de autobús. Si usted cree que usted tiene una discapacidad que le impide usar el servicio de forma independiente el servicio de ruta fija en Hollister, por favor complete la solicitud adjunta.

Al llenar la solicitud, por favor asegúrese de que:

- ✓ Ha respondido todas las preguntas con claridad en tinta o a maquina
- ✓ Ha incluido el nombre, número de teléfono y número de fax del profesional con licencia que esté familiarizado con su discapacidad o condición relacionada con su salud
- ✓ Ha firmado la parte 4

Si desea que su doctor llene la forma de verificación medica en su próxima cita medica, por favor marque la cajilla que dice "Por favor mándenme una forma de verificación medica", y la forma será enviada a usted. Si usted no marca la cajilla, la Autoridad de Transporte Local enviara la forma al doctor en su nombre.

Si usted está llenando la solicitud electrónicamente, usted tendrá que imprimir toda la solicitud después de haber terminado. Por favor recuerde firmar la Parte 4, ya que actualmente no se acepta la firma electrónica. Si usted no firma la parte 4, la determinación de su elegibilidad puede ser retrasada.

Es importante **completar todas las partes** de esta solicitud. ***Las solicitudes que no están completas, escritas legiblemente, y firmadas serán devueltas y retrasara la determinación de elegibilidad.*** Si usted tiene preguntas sobre la solicitud, por favor llame a la Autoridad Local de Transporte al (831) 637-7665.

Una vez que la solicitud ha sido recibida, la Autoridad Local de Transporte determinará la elegibilidad en una base de caso por caso. La elegibilidad se basa en uno o más de los criterios exigidos por la ley federal, la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA).

Dentro de los 21 días siguientes a la recepción de su solicitud, una carta de determinación será enviada a usted. Si usted es elegible, una carta de aprobación y su tarjeta de Paratransito serán enviadas a usted. Si usted no es elegible, la carta le explicará las razones de la determinación de inelegibilidad, y usted tiene el derecho de apelar la decisión inelegible dentro de 60 días por escrito. Como parte del proceso, es posible que tenga que hacer una entrevista en persona o por teléfono.

Después de completar la solicitud, por favor, envíe por correo o entréguela en persona a la siguiente dirección:

San Benito County Local Transportation Authority
330 Tres Pinos Road, Suite C7
Hollister, CA 95023

La información obtenida en esta certificación se mantendrá estrictamente confidencial. Las preguntas en esta solicitud están diseñadas para proporcionar asistencia en la determinación de sus capacidades funcionales. Es posible que después de la revisión de su solicitud, se le pueda pedir que verifique la información contenida en este documento o se le puede pedir que proporcione información adicional. Esto puede requerir una entrevista personal o por teléfono.

Es importante **completar todas las partes** de esta solicitud. ***Las solicitudes que no están completas, escritas legiblemente, y firmadas serán devueltas y puede retrasar la determinación de elegibilidad.***

PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Idioma Primario: Español Inglés Otro: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono de Noche: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿Es un solicitante nuevo o está renovando su elegibilidad?

¿Si está renovando, cual es su numero de identificación? (Puede encontrar su numero de identificación en su tarjeta de elegibilidad). _____

Si la dirección postal no es la misma que la dirección residencial, indique aquí:

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Si alguien le ayudo a llenar esta solicitud, por favor indique quien:

Nombre (Nombre y Apellido): _____ Teléfono: _____

Relación: _____

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Record Number: _____

Status: ___ Approved ___ Denied ___ In Progress

I.D. Number: _____

Determination Date: _____

Date Received: _____

Expiration Date: _____

Application Received: ___ Complete ___ Incomplete

Processed By: _____

Application Sent Back: ___ No ___ Yes Date: _____

Approved By: _____

Eligibility Default Date: _____

Database Entry Date: _____

Date of 1st Attempt Contact: _____

Progress Notes: _____

Date of 2nd Attempt Contact: _____

Date of 3rd Attempt Contact: _____

Date of Doctor Approval: _____

¿Podemos contactar a esta persona directamente para más información? Sí No *Por favor, indique el nombre y números de teléfono de una persona que podemos llamar en caso de una emergencia.*

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

PARTE 2: USO ACTUAL Y ACCESO A LA RUTA FIJA

Por favor conteste las siguientes preguntas en detalle—sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Ha utilizado el servicio de Ruta Fija de County Express o un servicio similar en otras áreas?

- Sí, usualmente _____ veces por semana.
- Si, pero me detuve porque _____.
- Nunca e usado los autobuses de ruta fija.

2. Si actualmente no usa el servicio de ruta fija, ¿hay algo que le podría ayudar a usar el servicio? (Marque todos los que se aplica)

- Sí, si las paradas de autobuses estarían más cerca de donde vivo y donde tengo que ir.
- Sí, si yo pudiera aprender a usar el sistema de County Express.
- Sí, si la información de rutas y el horario fueran fácilmente accesibles.
- Sí, si *(describa)* _____.
- No, nada me ayudaría a usar los autobuses de ruta fija.

3. ¿A qué distancia de su casa esta la parada de autobús más cercana?

- Menos de 1 cuadra 1-2 cuadas. 3-4 cuadas. 5 o mas cuadas.
- No estoy seguro/a.

PARTE 3: DISCAPACIDAD Y/O CONDICIONES RELACIONADAS A SU SALUD

1. ¿Cuál es su discapacidad o condición relacionada con la salud que le impide usar el servicio de ruta fija? ¿De qué manera le impide usar el servicio de ruta fija?

- a. Las condiciones que usted describe son: Permanente Temporal
- b. Si son temporal, ¿cual es la fecha de recuperación? _____
- c. Si esta embarazada, ¿cual es la fecha en la que espera dar a luz? _____

2. ¿Existe un cambio de día a día que afecta la condición de su salud o en su discapacidad de transporte que afecta su habilidad de usar los autobuses públicos?

Sí, unos días bien, otros mal. No, no cambia. No sé.

a. Si selecciono “Sí” o “No sé” por favor explique brevemente a continuación.

3. Para las siguientes preguntas (a-g), indique si puede realizar las siguientes funciones independientemente.

a. ¿Es capaz de entender las instrucciones necesarias para completar un viaje usando el transporte público? (Esto no se refiere a no estar familiarizado con el idioma Inglés.)

Sí No A veces No estoy seguro/a

b. ¿Es capaz de identificar correctamente la parada de autobús y / o autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

c. ¿Es capaz de ir y venir a la parada de autobús más cercana?

Sí No A veces No estoy seguro/a

d. ¿Es capaz de esperar por lo menos 15 minutos en una parada de autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

e. ¿Es capaz de agarrar la manija o la barandilla, monedas, o fichas mientras entra o sale del autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

f. ¿Es capaz de mantener el balance o tolerar los movimientos del autobús mientras esta sentado?

Sí No A veces No estoy seguro/a

g. ¿Es capaz de acceder fácilmente a la parada de autobús y/o al autobús?

Sí No A veces No estoy seguro/a

Proporcione una explicación para todas las respuestas en las que marco “No”, “A veces” y “No estoy seguro” en el espacio de abajo. Si no hay explicaciones, la solicitud será considerada incompleta y puede retrasar su determinación de elegibilidad. (Adjunte páginas adicionales si el espacio no es suficiente.)

4. Por favor, indique a continuación si usted usa algún equipo o una de las siguientes ayudas para la movilidad. Marque las que correspondan.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Cohecito |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Escuter eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Respirador | <input type="checkbox"/> Perro guía | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Apoye para las piernas | <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> No ocupo equipo de asistencia. | |

5. ¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando viaja por autobús? Sí No

a. Si es que sí, por favor propocione la siguiente informción.

Nombre del Asistente de Cuidado Personal: _____

Dirección Residencial: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

b. Por favor, proporcione un contacto de emergencia para su asistente de cuidado personal.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de Día: _____ Teléfono Alternativo: _____

6. ¿Es un cliente de otro sistema de Paratransito? Sí No

a. Si lo es, por favor proporcione la siguiente información y una copia de su tarjeta actual.

Nombre del sistema de Paratransito: _____ Fecha de Vencimiento: _____

7. ¿Es usted un beneficiario actual de Medicare? Si es un beneficiario de Medicare, por favor proporcione una copia de su tarjeta actual de Medicare. Sí No

8. Si usted no es aprobado para el servicio de Paratransito, ¿estaría interesado en obtener más información sobre la Tarjeta de Cortesía de County Express? Sí No

PARTE 4: CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN A UN PROFESIONAL

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la negación de servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y sólo la información necesaria para proporcionar los servicios que yo solicito será compartida con los que realizan los servicios.

Por la presente autorizo a los profesionales que se enumeran a continuación para proporcionar toda la información necesaria para completar esta certificación. La información publicada se utilizará exclusivamente para determinar mi elegibilidad y me doy cuenta que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del Solicitante/Guardián _____ Fecha _____

Nombre (Médico o trabajador social) **Primario:** _____

Número de Teléfono: _____ FAX: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal): _____

Nombre (Médico o trabajador social) **Alternativo:** _____

Número de Teléfono: _____ FAX: _____

Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal): _____