

Metro

SOLICITUD ADA PARATRANSIT

De acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés), el Distrito de Tránsito de Metro y St. Clair brindan servicios de "paratransporte" (van/viaje compartido) a personas con discapacidades que no pueden usar los servicios de ruta fija (es decir, autobuses -MetroBus o tren ligero- MetroLink). Las personas atendidas no tienen que residir en el área, pero deben viajar dentro de un área atendida por MetroBus o MetroLink. El propósito de esta aplicación es brindarle la oportunidad de describir las barreras en el entorno y las limitaciones que puede tener que le impiden utilizar los servicios de ruta fija disponibles. La información que proporcione ayudará a las agencias de tránsito a comprender sus habilidades y desafíos de viaje. **Toda la información contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá solo con los profesionales involucrados en la evaluación de su elegibilidad.**

Todos los solicitantes, ya sean nuevos o individuos que soliciten la recertificación, deben completar una nueva solicitud y proporcionar una verificación profesional por escrito de la discapacidad. El proceso de certificación ADA incluirá una evaluación funcional personal para determinar si, y bajo qué condiciones, puede utilizar servicios de ruta fija. La evaluación se enfoca en sus habilidades y se realizará sin costo para usted. Se proporcionará transporte gratuito desde y hacia el sitio de evaluación a pedido.

Todas las preguntas deben ser respondidas. Los formularios incompletos serán enviados de regreso. **Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al (314) 982-1510. Para solicitar el formulario en un formato alternativo, comuníquese con Amy Parker, Coordinadora de ADA, al (314) 982-1525 o a través de adadirector@metrostlouis.org**

Proceso de elegibilidad de paratransito ADA de Metro incluye:

1. Confirmación de la solicitud completa, incluida la verificación profesional de la discapacidad.
2. Una evaluación funcional en persona de las habilidades relacionadas con el tránsito.
3. Metro programará su evaluación a su solicitud una vez que Metro haya recibido su solicitud completa y le notificará de la determinación de elegibilidad a más tardar 21 días después de la fecha de su evaluación programada. Si Metro no puede programar su evaluación dentro de los 10 días de su solicitud, o su determinación no se hace antes de 21 días después de su evaluación programada, se le concederá Elegibilidad presunta. La elegibilidad presunta le permitirá usar los servicios de Call-A-Ride o ATS hasta que se haya hecho una determinación final con respecto a su elegibilidad de ADA para estos servicios. Si Metro no causó el retraso, no se le concederá la presunción de elegibilidad. Puede llamar al (314) 982-1510 para obtener más información sobre la elegibilidad presunta.

Por favor devuelva esta solicitud completa, incluida la verificación profesional por escrito de la discapacidad.

CORREO: Metro, One Metropolitan Square, 211 N. Broadway-Suite 700, St. Louis, MO 63102

FAX: (314) 335-3419

Por favor llame al personal de Metro al (314) 982-1510 siete días después del envío o dos días después del envío electrónico para programar su cita de evaluación.

Por favor guarde esta página para referencia futura y vea el reverso para obtener consejos para ayudar a evitar demoras en el procesamiento, así como información sobre el transporte a la evaluación.

PARA EVITAR CUALQUIER RETRASO EN EL PROCESAMIENTO

Solicitante: Metro se compromete a procesar su solicitud de manera oportuna, pero necesitamos su ayuda. Asegúrese de completar todas las secciones de la solicitud y los archivos adjuntos antes de enviarlos a Metro. Cuéntenos sobre **todas** las discapacidades que posee. **Tenga en cuenta que se requiere una verificación profesional por escrito de la discapacidad y debe presentarse con la solicitud.** Esta verificación profesional **debe ser** completada por un experto que esté familiarizado con su discapacidad, como un médico, trabajador social, consejero, especialista en vida independiente, maestro, especialista en orientación y movilidad, etc. Hay un formulario de verificación profesional incluido con la solicitud que puede ser utilizado para este propósito o se puede enviar una carta en papel con membrete profesional.

Las solicitudes que están incompletas o carezcan de una verificación profesional adecuada de la discapacidad no se podrán procesar. Gracias de antemano por su cooperación al enviar toda la información requerida.

TRANSPORTE

Previa solicitud, se organizará el transporte hacia y/o desde la cita de evaluación y se le proporcionará sin costo alguno. Puede verificar que el transporte fue solicitado y obtener su hora de recogida llamando a la Línea de asistencia al cliente de Metro Call-A-Ride al 314.289.5230 (residentes de Missouri) o Servicio de transporte alternativo – (ATS, por sus siglas en inglés) al 618.239.0749 (residentes de Illinois). **Si no puede asistir a su cita de evaluación, por favor llame al número apropiado para cancelar sus viajes y luego comuníquese con la línea de programación de citas de los Servicios ADA de Metro al 314.982.1510 para reprogramar su cita de evaluación.**

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido: _____

Nombre: _____ MI: _____

Dirección: _____ Apt#: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono Celular: (____) _____ TTY: Sí No

Teléfono Fijo: (____) _____ TTY: Sí No

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: M F Sin especificar

Número de Seguridad Social: _____ -- _____ -- _____

Tarjeta de identificación de Call-A-Ride actual o anterior# _____ Expira (ed) _____

¿NECESITA futura información por escrito que se le sea proporcionada en un formato accesible?

Sí No Al seleccionar SÍ: Por favor indique su formato preferido:

Email _____ Braille Letras Grandes

Otro (Especificar) _____

Persona de Contacto de Emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

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

¿Alguien le ayudó a completar este formulario? Sí No

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información sobre esa persona.

Nombre _____

Teléfono: (____) _____ Parentesco: _____

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Por favor, complete la Sección A, A MENOS QUE sea menor de edad o tenga un tutor legal. Si es menor de edad o tiene un tutor legal, su padre o tutor debe completar la Sección B.

A. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en que no puedo usar los servicios de ruta fija y si soy elegible para usar los servicios de viaje compartido de Metro CALL-A-RIDE o ATS. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y entiendo que debo completar una evaluación funcional de mis habilidades.

Firma: _____ Fecha: _____

B. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en que el solicitante no pueda usar los servicios de ruta fija y es elegible para usar los servicios de viaje compartido de Metro CALL-A-RIDE o ATS. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa y entiendo que el solicitante debe completar una evaluación funcional de sus habilidades.

Doy mi consentimiento para la entrevista al solicitante y la evaluación funcional de sus habilidades y limitaciones de viaje para determinar la elegibilidad del servicio de paratransito de ADA. Entiendo que el solicitante debe estar presente para la entrevista y la evaluación funcional. Entiendo que si el solicitante viaja a la evaluación en ATS o Call-A-Ride, el conductor o el personal de la oficina de evaluación no lo supervisarán. Él o ella puede transferirse de una camioneta Call-A-Ride a otra en su viaje. Si estos problemas le preocupan, él o ella pueden traer a un asistente sin costo alguno. Entiendo que puedo estar presente con el Solicitante durante la entrevista y cualquier evaluación funcional, y declaro que:

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

Firma: _____ Fecha: _____

Relación con el solicitante: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU DISCAPACIDAD Y EQUIPO DE MOVILIDAD

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades le impiden usar MetroBus o MetroLink?
Por favor marque todos los que apliquen.

- Discapacidad física Discapacidad visual/ceguera
- Discapacidad del desarrollo Daño cerebral
- Enfermedad mental Otro _____

2. Describa su discapacidad/discapacidades con más detalle, incluido el diagnóstico/diagnósticos.

3. Indique todas las ayudas para movilidad o el equipo que utiliza cuando viaja fuera de su hogar.

- Dispositivo de comunicaciones Bastón de ceguera
- Bastón Silla de ruedas manual
- Silla de ruedas motorizada Scooter
- Muletas Caminadora
- Aparatos ortopédicos Prótesis
- Animal de servicio Ninguno
- Other: _____

4. Si usa una silla de ruedas o un scooter, ésta es:

- ¿30 pulgadas de ancho o menos? Sí No No lo sé
- ¿48 pulgadas de ancho o menos? Sí No No lo sé
- ¿600 libras o menos cuando está en uso? Sí No No lo sé

INFORMACIÓN SOBRE SU USO ACTUAL DE SERVICIOS DE RUTA FIJA O SERVICIOS DE PARATRÁNSITO

1. ¿Con qué frecuencia usa usted mismo los servicios de MetroBus o MetroLink?

- Diariamente Varias veces por semana Al menos una vez al mes
 Rara vez Nunca

2. ¿Necesita o necesitará la ayuda de otra persona para viajar mientras usa Call-A-Ride?

- Sí No Algunas veces

3. Si actualmente no utiliza MetroBus o MetroLink, marque todas las opciones que correspondan:

- La parada más cercana está muy lejos de mi casa.
 No sé cómo viajar en el autobús o MetroLink.
 No puedo viajar solo entre la parada de autobús y mi destino.
 Tengo miedo de usar el autobús o MetroLink.
 No quiero usar el autobús o MetroLink.
 Otro _____.

4. Enumere los destinos para los que usa o necesita los servicios Call-A-Ride o ATS.

a. Dirección:

b. Dirección:

c. Dirección:

5. Puedo cruzar calles independientemente bajo las siguientes condiciones: (marque todas las opciones que correspondan)

- a. En calles tranquilas con muy poco tráfico. Usualmente Algunas veces Nunca
b. En la mayoría de los semáforos Usualmente Algunas veces Nunca
c. SIEMPRE puedo cruzar independientemente Sí No
d. NUNCA puedo cruzar independientemente Sí No

6. Lea las siguientes declaraciones y marque las que mejor describan su capacidad de usar los servicios de Metro usted mismo.

- Utilizo MetroBus o MetroLink para algunos viajes, pero algunas veces hay barreras que me impiden usar estos servicios.
- Uso el autobús o el tren con frecuencia, en rutas a destinos familiares.
- Yo uso el autobús o el tren para ir a lugares nuevos.
- Creo que podría usar el autobús o el tren si alguien me enseñara.
- No puedo usar el autobús o el tren solo.
- La gravedad de mi discapacidad cambia día a día. Viajo en el autobús o el tren cuando estoy sintiéndome bien.
- Puedo llegar y salir de la parada de autobús si la distancia no es demasiado grande.

SU HABILIDAD FUNCIONAL

Sus respuestas a las preguntas en esta sección nos ayudarán a comprender mejor su capacidad funcional en áreas específicas. **Para cada pregunta, seleccione solo una respuesta.** Sus respuestas deben basarse en su capacidad física y mental para realizar las tareas. Suponga que está utilizando el equipo de movilidad que usa habitualmente cuando viaja fuera de su hogar.

Sin la ayuda de otra persona, puedes:

1. ¿Usar el teléfono para obtener información?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

2. ¿Viajar una cuadra por la acera cuando hace buen tiempo?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

3. Si puede hacer esto, ¿cuánto tiempo le toma?

Menos de cinco minutos Cinco a diez minutos No lo sé

4. ¿Cruzar la calle, si hay rampas en la acera?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

5. ¿Viajar tres cuadras en la acera cuando hace buen tiempo?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

6. Si puede hacer esto, ¿cuánto tiempo le toma?

Menos de diez minutos Diez a quince minutos No lo sé

7. ¿Subir y bajar a una rampa desde una acera?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

8. ¿Esperar diez minutos afuera con buen tiempo si no hay asiento?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

9. ¿Encontrar su camino hacia o desde la parada de tránsito después de ser mostrado?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

10. ¿Actualmente viaja solo utilizando cualquier medio de transporte?

Siempre Algunas veces Nunca No lo sé

11. Si es Siempre o Algunas veces, ¿qué medios de transporte le permiten viajar de forma independiente?

Call-A-Ride/ACT/ATS MetroBus/MetroLink Car

12. Si el clima es bueno y no existen barreras ambientales, ¿hasta dónde puede viajar de forma independiente, utilizando su dispositivo de movilidad, si corresponde?

- No puedo viajar solo al aire libre
- 1 cuadra
- 3 cuadas
- 6 cuadas
- 9 cuadas
- Más de 9 cuadas
- No lo sé
- Rampa frente a mi casa
- Otro: _____

Por favor, utilice este espacio para contarnos cualquier otra cosa que le gustaría que supiéramos sobre sus desafíos de viaje y su capacidad para usar autobuses y/o MetroLink.

PARA EVITAR CUALQUIER RETRASO AL PROCESAR SU SOLICITUD: revise este formulario para asegurarse de haber completado todas las preguntas lo mejor que pueda.

Asegúrese de firmar la solicitud. Devuelva la solicitud por correo a: METRO, One Metropolitan Square 211 N. Broadway - Suite 700 St. Louis MO 63102, o por fax al (314) 335.3419.

Verificación profesional

Página 1 de 2

Estimado profesional:

_____ (solicitante) de fecha de nacimiento: _____ y SS# (últimos 4 dígitos): _____ le está solicitando para proporcionar información sobre su capacidad para usar nuestro sistema de tránsito. La ley federal requiere que Metro (Call-A-Ride/ATS) brinde servicios de paratransito a personas que no pueden usar servicios de tránsito de ruta fija. La información que proporcione sobre la discapacidad o discapacidades señaladas nos permitirá evaluar esta solicitud y su aplicación a solicitudes de viaje específicas. Esto no incluye personas que encuentren incómodo o difícil llegar a las paradas de autobús o estaciones de tren.

Para calificar para los servicios de paratransito de ADA, una persona no debe poder usar el tránsito regular de ruta fija debido a una discapacidad física o mental. Indique a continuación la naturaleza de la discapacidad del solicitante.

Para todos los solicitantes: especifique la discapacidad/discapacidades del solicitante. Incluya los códigos DSM-V o ICD 10, si están disponibles.

Códigos DSM-V y/o ICD-10: _____

Para solicitantes con trastorno convulsivo:

Fecha de inicio: ___/___/___

Tipo de convulsiones: _____

Frecuencia de convulsiones: _____

Fecha de la última convulsión (si se conoce): ___/___/___

Una indicación de la efectividad de los medicamentos para controlar las convulsiones: _____

Presencia/Ausencia de aura: _____

Para los solicitantes que han sufrido un derrame cerebral:

Clasificación de resultados de accidente cerebrovascular de la American Heart Association: _____

Para solicitantes con ceguera o baja visión:

Mejor visión corregida: ___/___ OS ___/___ OD Campo Visual: _____ grados

Verificación profesional

Página 1 de 2

Para los solicitantes que tienen una afección cardíaca:

Clasificación de la American Heart Association: _____

Precauciones con respecto a la actividad: _____

Precauciones con respecto al calor y frío extremos (en términos de nivel de actividad, así como la tolerancia a sentarse/esperar): _____

Para todos los solicitantes: describa cómo la discapacidad del solicitante le impide usar MetroBus o MetroLink.

Para todos los solicitantes: indique cualquier actividad o precaución ambiental:

La discapacidad es _____ permanente o _____ temporal.

Si la discapacidad es temporal, la duración esperada es _____ meses.

Su área profesional de especialización es, marque una:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Audiólogo | <input type="checkbox"/> Enfermera Registrada/Enfermera Práctica Licenciada |
| <input type="checkbox"/> Especialista en rehabilitación | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta/Ocupacional/Logopeda |
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Especialista en vida independiente |
| <input type="checkbox"/> Optometrista | <input type="checkbox"/> Psicólogo |
| <input type="checkbox"/> Asistente médico | <input type="checkbox"/> Administrador de casos |
| <input type="checkbox"/> Trabajador social | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Especialista en Orientación y Movilidad | |

Su Nombre/Título: _____

Nombre de Agencia/Compañía: _____

Licencia Profesional # (si aplica): _____

Dirección de Oficina: _____

Teléfono de Oficina #: (_____) _____ -- _____ Fax: (_____) _____ -- _____

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera. Metro (1) puede verificar la validez del profesional que proporciona la certificación, (2) tomar la determinación final sobre la elegibilidad del solicitante para el Servicio de Paratransito ADA.

Firma

Fecha

METRO, One Metropolitan Square 211 N. Broadway – Suite 700 St. Louis MO 63102 o fax al (314) 335.3419