

Servicio de Transporte para Personas con Discapacidades (ADA, Paratransit)

Evaluación de las Necesidades de Transporte



Este folleto incluye la siguiente información:

- Elegibilidad para recibir el servicio de transporte para discapacitados
- Mapa de las zonas límites del servicio de transporte para discapacitados
- Instrucciones para la evaluación de las necesidades de transporte
- Formulario de evaluación
- Certificación para recibir el servicio de asistente personal
- Formulario de autorización para divulgar información personal

ÍNDICE

Información de elegibilidad para recibir el servicio de transporte para personas con discapacidades.....	1
Elegibilidad	1
1. Inelegibilidad	1
2. Elegibilidad completa.....	1
3. Elegibilidad condicional	1
4. Elegibilidad provisional.....	2
Zona de servicio	2
Instrucciones de evaluación	3
EVALUACIÓN	4
APROBACIÓN PARA RECIBIR EL SERVICIO DE ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL (PCA).....	10
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN.....	12

Información de elegibilidad para recibir el servicio de transporte para personas con discapacidades

La ley estadounidense para personas discapacitadas (ADA, por sus siglas en inglés) exige que los operadores de transporte proporcionen un servicio complementario a personas con discapacidades, quienes debido a su discapacidad y limitaciones funcionales asociadas con la misma no pueden utilizar el servicio de transporte regular. El servicio de transporte Sioux Area Metro tiene en funcionamiento autobuses para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidades y cumplir con los requisitos de la ley ADA.

Elegibilidad

La elegibilidad para recibir el servicio de transporte para discapacitados se determina por medio de una evaluación, este proceso consiste en contestar algunos formularios, una entrevista personal y la evaluación de la necesidad de dicho transporte. El solicitante que no recibe una respuesta dentro de 21 días de haber llenado todos los requisitos mencionados anteriormente, tiene derecho a recibir temporalmente el beneficio de transporte para discapacitados hasta que se tome dicha decisión.

La decisión de elegibilidad se clasifica en cuatro categorías:

1. Inelegibilidad

No se es elegible porque la persona puede utilizar la ruta de autobús regular sin la ayuda de otra persona.

2. Elegibilidad completa

Se otorga elegibilidad completa si:

- a. Usted no puede abordar, viajar y/o bajar de un autobús de acceso regular sin la ayuda de otra persona.
- b. Usted no puede viajar independientemente a una parada de una ruta regular de autobús que quede cerca de su destino o punto de partida.
- c. No entiende las instrucciones de transferencia necesarias para completar el viaje sin la ayuda de otra persona.

3. Elegibilidad condicional

La elegibilidad condicional se otorga si las limitaciones funcionales permiten que viaje algunas veces en la ruta de autobús regular pero otras veces no puede hacerlo.

4. Elegibilidad provisional

Se otorga elegibilidad provisional si usted está experimentando un problema de salud que se espera va a mejorar, pero por tiempo limitado, esta condición no le permite viajar en un autobús regular.

Si no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, usted tiene el derecho de apelar dicha decisión; esto debe hacerse por escrito y enviarse a:

City ADA Coordinator
Human Relations
P.O. Box 7402
Sioux Falls, SD 57117-7402

Si desea solicitar una audiencia, debe indicarlo por escrito en la solicitud; si usted necesita adaptaciones especiales para asistir a la audiencia, especifique sus necesidades en la carta.

Si usted actualmente es un pasajero elegible y está apelando la decisión para renovar su elegibilidad, usted continuará siendo elegible para el uso del transporte para discapacitados bajo la decisión de elegibilidad anterior, hasta que se tome una decisión en cuanto a su apelación.

Si está solicitando por primera vez el servicio de transporte para discapacitados y si usted está apelando la decisión de elegibilidad, no se proporcionará el servicio de transporte para discapacitados mientras se esté en el proceso de tomar una decisión en cuanto a su apelación. Sin embargo, se exige que se tome una decisión en cuanto a la apelación dentro de 30 días, si no es así, a usted se le proporcionará el servicio provisional de transporte para discapacitados hasta que se tome la decisión al respecto.

Zona de servicio

El servicio de transporte Sioux Area Metro para personas con discapacidades, se proporciona a los pasajeros elegibles que tienen un punto de partida y destino dentro de los límites de las zonas de servicio, tal como se muestra en el interior de la contraportada de este paquete de información.

Sioux Area Metro proporciona sus servicios independientemente de la raza, color, género, religión, nacionalidad, edad o discapacidad, en conformidad con las leyes estatales y federales.

Cualquier persona que tenga preguntas, que solicite adaptaciones o crea que ha sido discriminada debe comunicarse con Sioux Area Metro al teléfono 605-367-7874.

Sioux Area Metro es Empleador de Oportunidades Equitativas

Instrucciones de evaluación

Si usted necesita el formulario de evaluación u otra información en otro formato, puede solicitárselo al servicio de transporte Sioux Area Metro; la evaluación está disponible en letra grande, Braille o disco compacto.

■ Paso número 1

Proporcione toda la información que se solicita en esta evaluación, si no entiende una pregunta, comuníquese con el personal de Sioux Area Metro llamando al teléfono 367-7613. Se pide que responda todas las preguntas, si la evaluación tiene alguna parte sin responder, esto podría atrasar el proceso de evaluación.

Usted puede acceder la evaluación en la página Web: www.siouxfalls.org/paratransit.

■ Paso número 2

Llame al teléfono 367-7613 para programar una entrevista en persona, si no tiene transporte para ir a la entrevista, el servicio de transporte Sioux Area Metro proporcionará el transporte sin costo alguno, en un autobús para personas con discapacidades; tenga en cuenta que la entrevista puede durar hasta dos horas.

■ Paso número 3

Asista a la entrevista, un terapeuta ocupacional también asistirá a la entrevista para proporcionar la evaluación de movilidad.

Después de que se recopila toda la información, se tomará la decisión de elegibilidad dentro de los siguientes 21 días.

Si se determina que usted es elegible para recibir el servicio de transporte para discapacitados, se le notificará por medio de una carta. Si se le otorga el servicio condicional de transporte para discapacitados, la carta indicará las condiciones con las que se proporcionará el servicio; en la carta se incluirá el número de identificación para recibir este servicio.

Si se determina que usted no es elegible para recibir el servicio de transporte para discapacitados, se le avisará por medio de una carta, ésta carta resumirá la razón o razones específicas del porqué se llegó a esta decisión.

Si piensa que hay un error, usted puede apelar la decisión de elegibilidad condicional o inelegibilidad, la carta que da a conocer ésta decisión describe el proceso de apelación. La solicitud de apelación se debe recibir dentro de 60 días a partir del día que usted recibió la carta; su condición de elegibilidad será analizada por un oficial encargado de las apelaciones para llegar a una decisión final en su caso.

EVALUACIÓN

ESCRIBA LA INFORMACIÓN PERSONAL O DE CONTACTO

Apellido: _____

Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal, si es diferente a la anterior: _____

Números de teléfono:

En casa: _____ Teléfono móvil: _____

En el empleo: _____ TTY(teletipo): _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números de teléfono:

En casa: _____ Teléfono móvil: _____

En el empleo: _____

Parentesco con el solicitante: _____

¿Alguna vez ha sido elegible para el servicio ADA en otra ciudad?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿Dónde? _____

Su elegibilidad fue: incondicional condicional

Si fue condicional, ¿cuáles fueron las condiciones? _____

INFORMACIÓN DE LA LIMITACIÓN FUNCIONAL

¿Qué limitación funcional le **impide** utilizar el servicio de ruta de autobús regular sin la ayuda de otra persona?

Explique **cómo** las limitaciones funcionales que usted describe anteriormente previenen la utilización de la ruta de autobús regular sin la ayuda de otra persona, sea específico y si es necesario adjunte una hoja con la información.

¿Cuándo experimentó por primera vez las limitaciones que se indican anteriormente?

menos de 1 año hace de 1 a 5 años más de 5 años

¿Las limitaciones que usted indica anteriormente cambian día a día afectando de esta manera su capacidad de utilizar la ruta de autobús regular?

Sí, algunos días yo podría utilizar la ruta de autobús regular, pero otros días no.

No, mis limitaciones no cambian.

No sé.

Las condiciones que usted describe son:

Permanentes Temporales No sabe

La condición es temporal, ¿por cuánto meses espera que esto continúe? _____

INFORMACIÓN SOBRE SU MOVILIDAD

¿Cuáles de las siguientes ayudas para la movilidad utiliza para ayudarse a llegar a donde tiene que ir? Marque todas las que correspondan

¿Cuál de los siguientes artefactos de movilidad utiliza para llegar a donde tiene que ir?

Marque todos los que correspondan

Bastón Silla de ruedas manual Prótesis
 Bastón blanco Silla de ruedas motorizada Nada de esto
 Andadera Escúter o carrito motorizado
 Muletas Oxígeno portátil

Animal auxiliar (describa): _____

Otro (describa): _____

*Una silla de ruedas común para una persona adulta se define como un aparato que no excede 30 pulgadas de ancho y 48 pulgadas de largo, se ubica a 2 pulgadas por encima del suelo y cuando está ocupada no pesa más de 600 libras. **No se exige la transportación de las sillas de ruedas que exceden estas dimensiones y peso.***

Si utiliza una silla de ruedas manual o motorizada o un escúter, ¿Pesa más de 600 libras cuando está ocupada?

Sí No

Si utiliza una silla de ruedas manual o motorizada o un escúter que mide 2 pulgadas por encima del suelo ¿Mide más de 30 pulgadas de ancho? o ¿Mide más de 48 pulgadas de largo?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique la longitud y ancho:

Longitud: _____

Ancho: _____

OTRA INFORMACIÓN

Marque la casilla que mejor describe su situación de vida actual:

- Vive independientemente (sin la ayuda de otra persona).
- Tiene cuidado las 24 horas del día o vive en un centro de enfermería-especializado.
- Vive con familiares que lo ayudan.
- Vive en un centro de vivienda asistida
- Recibe ayuda de alguien que viene a la casa a ayudar con las actividades cotidianas.
- Otro (describa): _____

¿Qué tan lejos puede caminar sin la ayuda de otra persona?

- Menos de 1 cuadra de 3 a 6 cuadras
- Hasta 2 cuadras 7 o más cuadras No se aplica

¿Qué tan lejos puede viajar con su artefacto de movilidad (bastón, andadera, silla de ruedas manual u otro artefacto) sin la ayuda de otra persona?

- Menos de 1 cuadra de 3 a 6 cuadras
- Hasta 2 cuadras 7 o más cuadras No se aplica

¿Qué tan lejos puede viajar con un artefacto de movilidad motorizado sin la ayuda de otra persona?

- Menos de 1 cuadra de 3 a 6 cuadras
- Hasta 2 cuadras 7 o más cuadras No se aplica

¿Cuánto tiempo podría esperar afuera por el transporte? (solo marque una respuesta)

- Podría esperar solo unos 10 a 15 minutos
- Podría esperar solo unos 10 a 15 minutos, únicamente si tuviese asiento o garita
- Necesitaría que alguien espere el transporte conmigo porque: _____

Si responde no o algunas veces, marque la razón.

colinas cunetas no hay aceras clima

la distancia a la parada el cruce de calles

Otro: _____

Responda las siguientes preguntas ya que se refieren a las limitaciones funcionales que usted tiene:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ¿Puede sujetarse de pasamanos y picaportes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede mantener el balance mientras está sentado(a)? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede cruzar la calle en una intersección transitada? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede cruzar la calle donde hay semáforos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede cruzar la calle donde no hay semáforos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede cruzar las calles donde no hay señales de alto? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede preguntar y entender direcciones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede enfrentar alguna situación inesperada o algún cambio en la rutina? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Puede de una manera eficaz y segura viajar en medio de una multitud? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |
| ¿Necesita un elevador o rampa para poder abordar el autobús? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Algunas veces |

Proporcione cualquier otra información que usted quiere que nosotros sepamos acerca de sus limitaciones funcionales.

¿Es usted elegible para recibir Medicaid del estado de Dakota del Sur? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione el número de Medicaid: _____



APROBACIÓN PARA RECIBIR EL SERVICIO DE ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL (PCA)

El asistente de cuidado personal es una persona que ayuda con las actividades cotidianas (comer, vestirse, higiene personal, cargar paquetes, navegar el entorno, etc.) El asistente no siempre tiene que ser la misma persona; los conductores del servicio de transporte. Sioux Area Metro no son parte del personal de asistencia, ni tampoco proporcionan el servicio de asistentes de cuidado personal.

¿Viaja con un asistente de cuidado personal?

Sí, siempre Algunas veces No

Si la respuesta es afirmativa o a veces, llene la información en la parte de abajo y fírmela.

Nombre del solicitante: _____

Explique como el asistente personal lo ayuda en el autobús: _____

Si algunas veces usa el servicio de asistente personal, ¿Cuándo? _____

Advertencia: si la respuesta es “negativa,” cualquier persona que viaje con usted será considerada un invitado que tiene que pagar transporte. Si respondió “algunas veces,” no se le permitirá viajar sin un asistente para el cuidado personal.

COMPROBACIÓN

Doy fe que debido a mi limitación funcional, necesito los servicios de un asistente para el cuidado personal para ayudarme y viajar conmigo en el sistema de transporte para personas con discapacidades Sioux Area Metro. *Entiendo que afirmar de manera fraudulenta que se viaja con un asistente de cuidado personal para no pagar el pasaje del acompañante puede resultar en la suspensión del servicio de transporte.*

Firma: _____

Fecha: _____

CORRESPONDENCIA

Idioma preferido:

Inglés Español

Otro idioma(especifique): _____

¿En qué formato prefiere la respuesta a esta evaluación?

escrito Braille letra grande casete o disco compacto

FIRMA

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de este formulario de evaluación es para determinar mi elegibilidad para poder utilizar el servicio de autobuses para personas con discapacidades Sioux Area Metro. Por medio de la presente, doy fe que la información que se proporciona en esta evaluación es verdadera y correcta; si hay algún cambio en la información de contacto o médica, al igual que las limitaciones funcionales, estoy de acuerdo en comunicarme con el servicio de transporte Sioux Area Metro para actualizar la información. Entiendo que la información en este documento será tratada de manera confidencial y Sioux Area Metro se reserva el derecho de solicitar información adicional.

Firma del solicitante

Fecha

Firma de la persona que llenó este formulario (si no es el solicitante)

Nombre en letra de imprenta de la persona que llenó el formulario

Fecha

Con el fin de permitir que el servicio de transporte Sioux Area Metro evalúe su solicitud para la elegibilidad del servicio de transporte para personas con discapacidades de la ADA, puede ser necesario comunicarse con el médico o con un profesional de rehabilitación para obtener información adicional acerca de su discapacidad y de su capacidad para utilizar el servicio de autobús regular. Esta persona debe ser el médico que está más familiarizado con su discapacidad y sus limitaciones funcionales, el profesional que conoce su capacidad o incapacidad de viajar en un autobús de servicio regular.

Llene y firme la siguiente autorización.



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Autorizo al siguiente profesional para que comparta con el servicio de transporte Sioux Area Metro la información sobre mi discapacidad y sus efectos en mi habilidad de viajar. Esta información puede ser necesaria en la evaluación de mi solicitud para recibir el servicio de transporte para personas discapacitadas de ADA. Entiendo que la información que se divulgue será utilizada únicamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de transporte de la ADA. Entiendo que en cualquier momento puedo revocar dicha autorización; a menos que se haya revocado anteriormente, este formulario permitirá que el profesional mencionado pueda proporcionar la información que se pide hasta 120 días después de la fecha que aparece en la parte de abajo.

Nombre del profesional: _____

Centro médico o clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico: _____

Número de fax: _____

Nombre del solicitante: _____

Firma del solicitante: _____

Fecha cuando se firmó: _____

Zonas límites del servicio de transporte para personas discapacitadas

