

Solicitud e instrucciones para transporte adaptado Paratransit de CATS

¿Qué es el servicio de transporte adaptado Paratransit?

De acuerdo con la Ley para Estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), el Sistema de Tránsito del Área de Charlotte (CATS) ofrece servicios de transporte adaptado Paratransit a las persona que, debido a una discapacidad (física, cognitiva o visual), no pueden tener acceso a autobuses con rutas fijas. La ADA define la elegibilidad para el servicio de transporte adaptado complementario en la sección 37.123 del título 49 del CFR. El servicio de transporte adaptado de CATS es un servicio programado, compartido, de origen a destino.

Cómo programar mi viaje

Los pasajeros deben estar certificados para usar el servicio de transporte adaptado de CATS. Llame al [704.336.2637](tel:704.336.2637) para programar su viaje.

¿Cuál es el área del servicio de transporte adaptado?

El servicio de transporte adaptado opera de acuerdo con la ley ADA, que garantiza todos los viajes efectuados dentro del área de servicio del sistema. El área del servicio de transporte adaptado se define como el área de hasta $\frac{3}{4}$ de milla hacia cada lado de una ruta de autobús fija o local existente. El servicio está disponible en los mismos días y horarios en los que opera la ruta fija en el área.

Puede obtener aprobación para el servicio de transporte adaptado incluso si su residencia no se encuentra dentro del área de servicio. En ese caso, se le solicitará que seleccione un lugar de recogida y de destino que se encuentre a $\frac{3}{4}$ de milla dentro del área de servicio.

Cuando CATS hace cambios de nivel de servicio a los servicios de autobús de ruta fija, puede haber impactos posibles en el área de servicio de $\frac{3}{4}$ de milla de la ADA para los pasajeros de transporte adaptado. Estos cambios pueden afectar su posibilidad de recibir servicios desde su residencia o hacia un lugar de destino deseado.

¿Cómo se determina la elegibilidad?

Si usted tiene una discapacidad que le impide usar el autobús de ruta fija, algunos viajes o todos pueden calificar para el servicio de transporte adaptado.

La elegibilidad está determinada por tres factores:

1. Su posibilidad de llegar a la parada de autobús y de regresar de ella
2. Su capacidad para subir y bajar del autobús
3. Su capacidad cognitiva para navegar el sistema de autobús de ruta fija

Entre los aspectos operativos que no suelen determinar la elegibilidad para STS podemos mencionar:

1. Edad
2. Distancia hacia y desde la parada de autobús
3. Falta de servicios de autobús en el área
4. Autobuses atiborrados de gente

Completar su solicitud

Las personas interesadas en solicitar el servicio de transporte adaptado de CATS pueden recibir una solicitud por correo, fax o la pueden completar en línea. Para recibir una solicitud por correo o fax, comuníquese con Paratransit al [704.336.2637](tel:704.336.2637) y seleccione la opción 3 o visite [ADA Ride](#).

Siga las indicaciones para completar la solicitud en línea. En su solicitud, será necesario que describa su discapacidad y la manera en que afecta su capacidad para utilizar el servicio de ruta fija de CATS. Asegúrese de haber respondido TODAS las preguntas y de que su proveedor de servicios de salud haya completado la sección de verificación profesional. Si su solicitud no está completa, le será devuelta. Una vez que haya completado su solicitud, puede enviarla por correo postal a la siguiente dirección:

CATS Paratransit Services

901 North Davidson Street
Charlotte, NC 28206

También puede enviar la solicitud completa por fax a: [704.336.5119](tel:704.336.5119).

Una vez que Paratransit reciba su solicitud, se comunicarán con usted para programar una entrevista presencial y tal vez una cita de evaluación funcional.

Cuando haya cumplido la entrevista y la evaluación, se lo considerará con una de estas categorías:

- Elegible para viajar

- Elegible con condiciones
- No elegible para viajar
Paratransit enviará una carta a todas las personas que se consideren elegibles para viajar en la que se declara la certificación y la elegibilidad para usar el servicio de tránsito adaptado Paratransit de CATS.

Aquellos solicitantes que, según la resolución, no reúnan los requisitos o sean elegibles pero con condiciones, pueden apelar su evaluación. Se ha designado un comité independiente para atender las apelaciones, del que forma parte una persona con discapacidad.

De acuerdo con la naturaleza de su discapacidad, es posible que necesite una certificación de un profesional de evaluación funcional que indique que usted no puede usar los autobuses de rutas fijas de CATS. El personal de CATS le informará si es necesario obtener esta evaluación. Las regulaciones nuevas de ADA exigen que CATS transporte a todas las personas con discapacidad que cumplan lo siguiente:

- No pueden ascender o descender de un autobús accesible ni viajar en un autobús sin la asistencia de una persona que no sea el operador del elevador o de otro dispositivo de acceso.
- Pueden ascender o descender de un autobús accesible o viajar en un autobús, pero necesitan transporte en un horario en el cual el autobús no está disponible en la ruta.
- Tienen una afección específica relacionada con la discapacidad que les impide trasladarse hacia una parada de autobús o desde ella.

Visitantes (no residentes en Charlotte)

Según las regulaciones de la ADA, Paratransit de CATS proveerá servicios de transporte adaptado a cualquier visitante de Charlotte que tenga un certificado de elegibilidad para usar transporte adaptado según la ADA en la jurisdicción en la cual reside o documentación de residencia y discapacidad, si la discapacidad no es evidente. El estado de visitante permite el uso de los servicios de Paratransit de CATS por hasta 21 días en cualquier periodo de 365 días.

Esta información se puede enviar por fax al [\(704\) 336-5119](tel:7043365119) o por correo electrónico a

CATSADAeligibility@charlottenc.gov

Si tiene alguna consulta, comuníquese con la oficina de elegibilidad y certificación de Paratransit al [704.336.5055](tel:7043365055).



Solicitud del servicio de transporte adaptado ADA

Identificación de la solicitud:

| |
|---|
| GRACIAS POR SOLICITAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE ESPECIAL (SPECIAL TRANSPORTATION SERVICE, STS) DEL SISTEMA DE TRÁNSITO DEL ÁREA DE CHARLOTTE (CHARLOTTE AREA TRANSIT SYSTEM, CATS) |
| STS es el servicio de transporte adaptado que brinda CATS a personas que no pueden utilizar el servicio de autobús de ruta fija a causa de una discapacidad. El STS prestó servicios de viajes compartidos/en furgoneta a personas consideradas "elegibles para usar el transporte adaptado ADA". El propósito del STS es ayudar a personas que no pueden tomar un autobús de forma independiente debido a una discapacidad física, visual o cognitiva. |
| TIPOS DE ELEGIBILIDAD |
| SIN RESTRICCIONES: puede usar el STS debido a una discapacidad para usar el servicio de autobús de ruta fija de forma independiente. CONDICIONAL: puede usar el STS cuando su "afección" específica le impida usar el autobús de ruta fija. TEMPORAL: puede usar el STS por un tiempo mientras se espera que mejore o cambie su capacidad para usar el autobús. NO ELEGIBLE: se determinó que tiene la capacidad de usar el autobús de ruta fija de forma independiente y, por lo tanto, no cumple con los requisitos para usar el transporte adaptado STS. Tiene a su disposición el proceso de apelación y se proporcionan las instrucciones en la carta de no elegibilidad. |
| AYUDA |
| SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR LA SOLICITUD, COMUNÍQUESE CON ADARIDE AL (877) 232-7433. Envíe ambos formularios completos por los siguientes medios: ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248 o por FAX al (310) 410-0239 o por correo electrónico a info@adaride.com |
| PLAZOS DEL PROCESO |
| Una vez que hayamos recibido su solicitud completa, comenzaremos a determinar si es elegible para recibir el servicio de transporte adaptado STS. Si la solicitud y la verificación por sí solas no establecen su elegibilidad o no está clara, es contradictoria o ambigua, se pondrán en contacto con usted de inmediato para realizar una Conferencia sobre movilidad presencial. Si no puede conseguir transporte para asistir a dicha conferencia, STS le proporcionará transporte de ida y vuelta desde el lugar SIN COSTO alguno. Una vez que complete todo el proceso de solicitud, incluida una posible Conferencia sobre movilidad presencial, disponemos de 21 días para tomar una decisión y notificársela por escrito. Identificación de la solicitud: |
| Datos personales |

| | |
|--|----------------------------|
| Primer nombre: _____ | Segundo nombre: _____ |
| Apellido: _____ | Sexo: _____ |
| Idioma predeterminado: _____ | TDD: _____ |
| Fecha de nacimiento: _____ | Lugar de nacimiento: _____ |
| Dirección de correo electrónico: _____ | Formato: _____ |
| Usuario: _____ | |
| Teléfono (día): _____ | Teléfono (noche): _____ |
| Móvil: _____ | |

| | | |
|---------------------------------|---------------|----------------------|
| Dirección postal | | |
| N.º de calle: _____ | Calle: _____ | N.º de apto.: _____ |
| Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código postal: _____ |
| Dirección residencial | | |
| N.º de calle: _____ | Calle: _____ | N.º de apto.: _____ |
| Ciudad: _____ | Estado: _____ | Código postal: _____ |
| Identificación de la solicitud: | | |
| Asistente de cuidado personal | | |

1. ¿Necesita un asistente de cuidado personal? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, significa que necesita que un asistente de cuidado personal (personal care attendant, PCA) viaje con usted para poder completar un recorrido con éxito. No se le brindará un PCA, es su responsabilidad conseguir uno y ellos viajan gratis.

¿Alguien lo ayudó a completar esta solicitud?

2. ¿Alguien lo ayudó a completar esta solicitud? Sí No

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Relación: _____ Comunicarse con esta persona: Sí No

Contacto de emergencia

3. ¿Desea proporcionar su información de contacto en caso de emergencia? Sí No

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____

Teléfono móvil: _____ Relación: _____

N.º de calle: _____ Calle: _____ N.º de apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Solicitud

Afecciones médicas del solicitante

4. ¿Cuál es su afección médica o discapacidad? _____

5. ¿Es una discapacidad o afección de salud temporal?

Sí No

6. ¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento?

Sí No

7. Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto tiempo recibirá tratamiento?

De uno a tres meses De tres a seis meses De seis a nueve meses

De nueve a 12 meses Más de un año

8. ¿Qué tratamiento recibe?

Ninguno Fisioterapia Quimioterapia

Radioterapia Diálisis Psicoterapia

Inmovilización que no permite soportar peso Inmovilización que permite soportar peso Capacitación sobre viajes

Programa de rehabilitación Cirugía Medicamentos nuevos

Medicamentos Convalecencia Otro

9. Lea las siguientes declaraciones y marque la que mejor describa su discapacidad.

- Puedo usar el sistema de tránsito de forma independiente. Creo que puedo aprender a usar el autobús urbano si alguien me enseña a hacerlo. Puedo usar el autobús de la ciudad para determinados recorridos, pero no para otros.
- Tengo una discapacidad temporal y solo necesitaré el CATS hasta que me recupere. No puedo usar solo el autobús de la ciudad.

Identificación de la solicitud:

10. ¿Actualmente usa un dispositivo de movilidad para ir a algún lugar? Sí No

11. Si la respuesta es afirmativa, marque la opción que corresponda de la lista.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Motoneta | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas deportiva | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para piernas |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Tablero del abecedario o de imágenes |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Transportador Segway |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | |

12. ¿Su motoneta o silla de ruedas es más ancha de 30"?

- Sí No No lo sé N/C

13. ¿Es su motoneta o silla de ruedas más larga de 48"?

- Sí No No lo sé N/C

14. ¿Su peso total combinado con el de su dispositivo de movilidad supera las 600 lb?

- Sí No No lo sé N/C

15. Descripción:

16. ¿Usa el autobús de forma INDEPENDIENTE?

- Sí/A veces No/No sé Posiblemente, con capacitación

Rutas fijas

17. Si usa el autobús de la ciudad de forma independiente, indique sus rutas:

Primera ruta

Nombre del destino: _____

Rutas: _____

#Calle: _____ Calle: _____

Ciudad: _____

¿Con trasbordo?

Segunda ruta

Nombre del destino: _____

Rutas: _____

#Calle: _____ Calle: _____

Ciudad: _____

¿Con trasbordo?

18. ¿Necesita que alguien viaje con usted en un autobús accesible (asistente de cuidado personal)?

- Sí No A veces
 No sé

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

19. El CATS ofrece capacitación sobre viajes a quienes quieran aprender a usar un autobús. En caso afirmativo, desde el CATS podrán ponerse en contacto con usted para programar una cita. ¿Le interesa recibir capacitación sobre viajes?

- Sí No

20. ¿Tiene algún problema auditivo que le impida usar el autobús?

- Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

21. ¿Tiene algún problema visual que le impida usar el autobús?

- Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

22. ¿Tiene algún problema de memoria que le impida usar el autobús?

- Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

23. ¿Tiene algún problema de equilibrio que le impida usar el autobús?

- Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

24. ¿Tiene algún problema respiratorio que le impida usar el autobús?

- Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

25. ¿Tendría problemas para permanecer de pie en una parada de autobús durante 15 minutos si no hay lugar para sentarse?

- Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

26. ¿Tendría problemas para contar dinero y pagarle al conductor del autobús?

- Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

27. ¿Le costaría cruzar una calle solo?

Sí No

Si la respuesta ha sido afirmativa, explique por qué:

28. ¿Qué distancia puede caminar (usando un dispositivo de movilidad, si corresponde) o rodar sin descansar?

29. ¿Alguna de las siguientes situaciones le impide usar el autobús?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frío | <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Lluvia |
| <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna | <input type="checkbox"/> Nieve | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz (soleado, nublado, entre otros) |
| <input type="checkbox"/> Falta de aceras | <input type="checkbox"/> Falta de rampas en las aceras | <input type="checkbox"/> Camino irregular (calles de tierra, baches, entre otros) |
| <input type="checkbox"/> Pendiente | <input type="checkbox"/> Parada de autobús inaccesible | <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar o rodar 50 pies (1 cuadra) |
| <input type="checkbox"/> Contaminación atmosférica (esmog, alergias) | <input type="checkbox"/> Días buenos y malos | <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar o rodar 1/4 de milla (3 cuadras) |
| <input type="checkbox"/> Falta de fuerza o resistencia (hiperfatiga) | <input type="checkbox"/> Imposibilidad de hacer transbordo de autobús | <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar o rodar 3/4 de milla (9 cuadras) |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | | |

Al firmar este documento, entiendo que doy mi consentimiento para que ADARide.com y el Sistema de Tránsito del Área de Charlotte (CATS) usen y divulguen mi información médica protegida para los siguientes propósitos y actividades.

- 1) Transmitir información a los proveedores de transporte y servicios de movilidad.
- 2) Dar la autorización para ponerse en contacto con su proveedor de atención médica con el fin de verificar su discapacidad y plan de tratamiento a efectos de comprobar su elegibilidad para el transporte adaptado.
- 3) La información facilitada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.
- 4) Me comprometo a informar al CATS cuando se produzcan cambios significativos en mi movilidad.

ADARide.com y el CATS agradecen su cooperación en este proceso y le aseguran que su información médica protegida se gestionará mediante políticas y procedimientos estrictos conformes a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Reconozco que tengo derecho a revisar y recibir una copia de este formulario de consentimiento antes de firmarlo. Por la presente, certifico que la información facilitada durante el proceso de elegibilidad es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la tergiversación en este proceso o presentada durante mi evaluación puede dar lugar a que me denieguen los privilegios de usar los servicios de transporte adaptado.

Firma: _____ Fecha: _____

¿Tiene alguna nota o restricción en su comunicado?



VERIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

(SOLO PARA USO PROFESIONAL)

SU CLIENTE O PACIENTE SOLICITA EL SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO STS CATS

La información compartida estará protegida por los requisitos identificados en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA); usted paciente/cliente aceptó permitir que el Sistema de Tránsito del área de Charlotte y su contratista de elegibilidad, ADARIDE.com, se pongan en contacto con usted para obtener esta información mediante la solicitud. Agradecemos enormemente su cooperación y asistencia. Si tiene preguntas o comentarios, no dude en comunicarse con nosotros al 1-877-232-7433, www.adaride.com, o por fax al 310-410-0239.

ENVÍE ESTE FORMULARIO DE FORMA SEGURA A:

Envíe ambos formularios completos por los siguientes medios:
ADARIDE 19300 S. HAMILTON AVE SUITE #120 GARDENA, CA 90248
o por fax al (310) 410-0239
o por correo electrónico a info@adaride.com

PROFESIONALES DE LA SALUD CALIFICADOS PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Especialista en rehabilitación
Consejero de vida independiente
Trabajador social/consejero familiar
Psicólogo/psiquiatra
Terapeuta ocupacional/fisioterapeuta/asistentes
Médico/Doctor en Medicina Osteopática
Personal de enfermería registrado/auxiliar de enfermería/asistente médico Profesor de educación especial

NOMBRE Y APELLIDO DEL CLIENTE/PACIENTE:

Su identificación profesional

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Apellido: _____ Número de licencia profesional: _____

Profesión: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono (día): _____ Móvil: _____

Domicilio

N.º de calle: _____ Calle: _____ N.º de apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

1. Indique el diagnóstico por el que trata a su cliente/paciente y cualquier otro diagnóstico que él pueda tener.

2. Indique cuál de las siguientes categorías limita más a su cliente/paciente.

Puede marcar más de una categoría si ambas discapacidades limitan la independencia y movilidad de su cliente/paciente.

Mental Física Visual

Si eligió Física, seleccione alguna de las siguientes categorías:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Falla de algún órgano/trasplante/diabetes |
| <input type="checkbox"/> Trastornos gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Afecciones ortopédicas |
| <input type="checkbox"/> Síndromes geriátricos | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas/inmunología | <input type="checkbox"/> Trastornos infantiles |
| <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos | <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Oncología y hematología | |

3. ¿Cuál enunciado describe mejor el estado de salud de su paciente?

- En tratamiento y espera mejorar Afección permanente que no se espera que cambie Enfermedad avanzada y considerada terminal
- La afección no debe interferir en el uso independiente del autobús Ninguna de las anteriores

4. Pronóstico:

5. Plan de tratamiento con fecha de inicio y fecha prevista de finalización:

6. ¿Le recetó alguna vez a su cliente/paciente algún dispositivo o sabe si usa alguno actualmente?

- Ninguno Bastón Silla de ruedas eléctrica
- Muletas Silla de ruedas manual Motoneta
- Bastón blanco Andador Aparatos ortopédicos para piernas
- Oxígeno portátil Animal de servicio Prótesis
- Andador plegable

7. ¿Sabe si su cliente/paciente tiene problemas de equilibrio?

- Sí No A veces
- No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

8. ¿Sabe si su cliente/paciente tiene problemas de fuerza o resistencia?

- Sí No A veces
- No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

9. ¿Cree que su paciente/cliente podría deambular/rodar de forma independiente 3/4 de milla (unas 9 cuadras con un dispositivo de movilidad y breves periodos de descanso, si fuera necesario)?

- Sí No A veces
- No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

10. ¿Sabe si su cliente/paciente tiene problemas de memoria?

- Sí No A veces
- No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

11. ¿Sabe si su cliente/paciente tiene problemas para cruzar la calle?

- Sí No A veces
 No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

12. ¿Lo preocupa que su cliente/paciente enfrente algún tipo de problema a la hora de usar un autobús por sí mismo (por ejemplo, ataques de pánico, pendientes, déficits cognitivos, riesgo de caídas, entre otras)?

- Sí No A veces
 No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

13. ¿Sabe si su cliente/paciente tiene una discapacidad visual que pueda impedirle usar el autobús de la ciudad?

- Sí No A veces
 No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

14. ¿Sabe si su cliente/paciente tiene una discapacidad auditiva que pueda impedirle usar el autobús ciudad?

- Sí No A veces
 No sé

Si la respuesta ha sido Sí/A veces, brinde más detalles:

15. Entiendo que la finalidad de esta solicitud es determinar si hay momentos en los que el solicitante no puede usar el servicio de autobús de la ciudad del Sistema de Tránsito del Área de Charlotte y, por lo tanto, puede requerir el programa de Transporte Especial CATS para satisfacer sus necesidades de transporte público. Certifico que la información sobre mi cliente/paciente presente en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que brindar información falsa puede dar lugar a una sanción ante la ley.

16. FIRMA Y NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____