



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Estimado solicitante:

Agradecemos su interés por conocer más información sobre la solicitud de elegibilidad para el servicio de transporte adaptado ADA del Sistema de Tránsito del Área de Charlotte (CATS). Esta solicitud es para pedir o renovar la capacidad de viajar en el servicio de transporte adaptado del CATS.

Antes de completar la solicitud, tenga a bien leer detenidamente estos documentos.

El servicio de transporte adaptado del CATS se ofrece a las personas que no pueden usar el servicio de autobús o tren de ruta fija a causa de una discapacidad. Una imposibilidad de utilizar el servicio de autobús de ruta fija puede incluir el hecho de no poder desplazarse hacia o desde las paradas de autobús, subir o bajar del autobús o comprender cómo se utiliza el sistema de autobús para transportarse.

El CATS brinda un servicio de viajes compartidos de acera a acera a personas consideradas "elegibles para utilizar el transporte adaptado ADA", para trayectos que estas personas no puedan cubrir a través del servicio regular de ruta fija o tren. Por ejemplo, es posible que usted pueda utilizar el servicio de autobús para determinados trayectos, si las paradas le quedan cerca y si no existen barreras que le impidan acceder al autobús y salir de él. Otras veces, puede ocurrir que no pueda viajar en autobús.

Hay cinco categorías de elegibilidad:

Sin restricciones

Este nivel de servicio no tiene restricciones respecto a cuándo o por qué se puede programar un viaje para el pasajero. Este nivel de servicio está reservado para aquellas personas que no pueden usar el sistema fijo/tren en cualquier nivel. La certificación temporal o permanente no tendrá ningún impacto en la cantidad o el motivo de los viajes programados.

1. Sin restricciones, temporal

Este nivel de certificación requiere una recertificación o reevaluación más frecuente en función de las capacidades del pasajero.

2. Sin restricciones, permanente

Este nivel de certificación es para aquellas personas cuya situación no mejorará.

Con restricciones

Este nivel de servicio es para aquellas personas que tienen la capacidad, algunas veces, de usar los servicios fijos/tren.



CATS SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE ADA

Se le ofrece al pasajero una capacitación para viajar de modo que entienda cómo usar eficazmente partes del servicio fijo/tren para trasladarse a su destino. La capacitación para viajar no es obligatoria.

3. Con restricciones, temporal

Este nivel de servicio es para aquellas personas que pueden usar el sistema fijo/tren con solo algunos usos necesarios de transporte adaptado. Se espera que la afección del pasajero mejore. Este nivel podría tener un plazo de vencimiento más corto que lo normal antes de que sea necesario hacer la recertificación. Estos viajes se evalúan en el momento de programarlos para garantizar que se cumplan las condiciones del viaje.

4. Con restricciones, permanente

El pasajero puede usar el sistema fijo/tren en ocasiones. No se prevé que las limitaciones mejoren o es posible que empeoren.

5. No elegible

Si se determina que no es elegible y le niegan el servicio, le enviarán una carta en la que se detallan los motivos del rechazo. La carta estará acompañada de las instrucciones para el proceso de apelación.

A fin de que podamos determinar con precisión su elegibilidad para acceder a este servicio, **le solicitamos que complete la siguiente información de solicitud en su totalidad y del modo más preciso posible.** Las preguntas se proponen determinar las circunstancias bajo las cuales usted puede utilizar servicios de ruta fija o de transporte adaptado.

Si necesita ayuda para completar el formulario o tiene alguna duda al respecto, puede ponerse en contacto con la oficina del CATS. Esta carta y la solicitud también están disponibles en letra grande y en otros formatos e idiomas alternativos.

Una vez que haya completado la Parte A de la solicitud, pídale a un profesional de rehabilitación o de atención médica certificado que complete la Parte B. **No se aceptarán solicitudes que tengan espacios sin completar.** La información que brinde en este formulario será confidencial.

Por favor, no adjunte documentación médica ni información de otro tipo a este formulario. Puede llevar personalmente la información médica cuando se presente a la entrevista.

A los pocos días de recibir su solicitud completada, lo llamarán por teléfono para programar una entrevista presencial y una evaluación funcional, con el fin de determinar si está en condiciones de utilizar el servicio de ruta fija del CATS.



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Las solicitudes completas se procesarán dentro de los 21 días de recibidas. A continuación, se lo notificará por escrito para informarle su situación de elegibilidad. En caso de que se requiera más tiempo para completar la evaluación y la determinación, se le otorgará una elegibilidad temporal.

Si llegamos a la conclusión de que puede utilizar el servicio de ruta fija del CATS y, por lo tanto, no reúne los requisitos para acceder al transporte adaptado ADA, le notificaremos los motivos por los que tomamos esta decisión. Puede apelar esta decisión, por escrito. No obstante, el servicio de ADA no se brindará durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no se pueda concluir dentro de los 30 días previstos.

Esta solicitud se puede enviar electrónicamente presionando el botón de envío en la última página (el botón de envío solo funcionará si se completan todos los campos obligatorios), se puede enviar por correo electrónico, o se puede imprimir y enviar por correo postal una vez que el profesional de atención médica haya completado la Parte B de la solicitud. Envíe la solicitud por correo a:

**CATS Paratransit - Eligibility
901 North Davidson Street
Charlotte, NC 28206**

Puede enviar la solicitud o las preguntas que tenga a:
CATSADAEligibility@ci.charlotte.nc.us



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Parte A (Esta sección deben completarla todos los solicitantes)

Información sobre el solicitante

¿Hizo anteriormente la solicitud de elegibilidad*? (* Indica que el campo es obligatorio)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de identificación del pasajero [solo para uso interno]	
Nombre*:		Segundo nombre		Apellido*	
Domicilio					
Calle*:				N.º de apartamento/suite	
Ciudad*:		Estado*:		Código postal*:	
Dirección de correo (si es diferente)					
Calle:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
*Teléfono (Marcar el primario)		Móvil:		Casa:	
Correo electrónico*:					
Información demográfica					
Fecha de nacimiento*: (mm/dd/aaaa)				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Idioma principal*:		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro		Especificar otro: _____	
Formatos accesibles:		<input type="checkbox"/> Estándar <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Otro		Especificar otro: _____	
		<input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Cinta de audio o .mp3			
Contacto de emergencia					
Nombre*:		Relación:			
N.º de celular		N.º de la casa		N.º del trabajo	



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Si a esta solicitud la completó una persona diferente al solicitante de certificación, esa persona debe completar los siguientes datos:					
Nombre:					
Domicilio:	Calle:				
	Ciudad:		Estado:		Código postal:
Relación:			Teléfono (día):		
Agencia:					
Firma:			Fecha:		

Sobre su discapacidad*

1.	¿Cuál es la discapacidad o afección médica que le impide utilizar el autobús de ruta fija?	
2.	Explique de qué modo su discapacidad le impide utilizar de forma independiente un autobús de ruta fija:	
3.	La afección que describe es:	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal Si es temporal, ¿por cuánto tiempo?
4.	¿Padece sensibilidad térmica definida médicamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rango de temperatura:
5.	¿Otras condiciones climáticas (viento, anochecer/oscuridad o resplandor) afectan su discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique:
6.	¿Tiene una discapacidad visual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique:
7.	Su respiración, ¿se ve afectada por el clima o por las condiciones ambientales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique:
8.	¿El grado de discapacidad cambia luego de un tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique:



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Traslado hacia y desde la parada del autobús*

9.	¿Está en condiciones de localizar paradas de autobús de ruta fija, destinos y ubicaciones o de cruzar calles de manera independiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
10.	¿Está en condiciones de viajar de manera independiente por la noche?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
11.	¿Está en condiciones de recorrer un trayecto de 400 metros (4 campos de fútbol) de forma segura e independiente y sin la ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
12.	¿Está en condiciones de recorrer un trayecto de 60 metros de forma segura e independiente y sin la ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
13.	¿Está en condiciones de llegar a la parada de autobús de su vecindario y volver de ella de manera independiente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
14.	¿Está en condiciones de llegar por sus propios medios a la parada de transporte público más cercana y de volver de ella?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
15.	¿Cuántos minutos puede esperar a que llegue el autobús?		
16.	Identifique si usa algún equipo de asistencia para la movilidad:		
	<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Oxígeno portátil	
	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Animal de servicio entrenado	
	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Dispositivo de comunicación	
	<input type="checkbox"/> Aparato(s) ortopédico(s) para piernas	<input type="checkbox"/> Bastón blanco	
	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Ninguno	
	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/> Otro	
	<input type="checkbox"/> Scooter eléctrico	Otra descripción:	

El Código de Regulaciones Federales en el Título 49, Subtítulo B, Capítulo III, Subcapítulo B, Parte 390 define que una silla de ruedas común es **"un equipo de asistencia para la movilidad que pertenece a cualquiera de las clases de dispositivos de tres o más ruedas, se puede usar en lugares cerrados, está diseñada o modificada para que la usen personas con problemas de movilidad, y puede ser eléctrica o manual"**.

En general, un dispositivo de movilidad que supere las 76 cm de ancho, 122 cm de largo o pese más de 272 kg, al estar ocupada, podría no ser accesible en todos los vehículos del CATS. Si su dispositivo de movilidad supera estas dimensiones, el CATS no garantiza que el servicio de transporte adaptado esté disponible.



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Subir y bajar del autobús*

17.	¿Está en condiciones de subir y bajar tres (3) escalones de 30 cm?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
18.	¿Es capaz de subir, viajar o bajar sin asistencia de un autobús accesible para sillas de ruedas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
19.	¿Está en condiciones de tomar manijas o barandas, monedas o boletos mientras sube o baja de un autobús?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
20.	¿Está en condiciones de subir o bajar de un vehículo si cuenta con un elevador o un sistema que baja el frente del autobús?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
21.	¿Está en condiciones de subir y bajar sin asistencia de un autobús?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "No", explique:	
22.	¿Necesita un asistente (asistencia personal, guía vidente) o un animal de servicio para que viaje con usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		Si respondió "Sí", explique el tipo de asistencia que brindan:	
23.	¿Viaja con niños menores de 10 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Divulgación de información*

Yo, el solicitante, comprendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para utilizar el servicio de transporte adaptado ADA del Sistema de Tránsito del Área de Charlotte. Autorizo al profesional que completó la **Parte B** de esta solicitud a enviar la información sobre mi discapacidad o afección médica al Sistema de Tránsito del Área de Charlotte y a cualquier panel de revisión de elegibilidad, y entiendo que la información incluida aquí será tratada de modo confidencial, a menos que la ley estipule lo contrario. Entiendo también que el Sistema de Tránsito del Área de Charlotte se reserva el derecho de solicitar más información a su propio criterio. Acepto notificar al Sistema de Tránsito del Área de Charlotte los posibles cambios en mi condición de discapacidad que afecten mi habilidad para usar el servicio de transporte adaptado complementario. Comprendo, asimismo, que esta situación puede afectar mi elegibilidad como pasajero.

Por la presente certifico que soy la persona que está solicitando certificación para acceder al servicio de transporte adaptado ADA complementario y que la información precedente es verdadera y precisa:

Nombre del solicitante en letra imprenta*:		Fecha*:	
Firma del solicitante*:			
Firma del padre/madre o tutor legal (si el solicitante no puede firmar)			
Nombre del padre/madre/ tutor en letra imprenta:			
Firma:			
Fecha:			

Gracias por completar esta solicitud.

Se le notificará por escrito dentro de los 21 días de recibida esta solicitud, sobre la decisión que se ha tomado y los motivos de dicha determinación.

Toda persona a quien se le haya denegado la elegibilidad o a quien se le haya concedido una elegibilidad condicional puede presentar una solicitud de apelación por escrito, dentro de los 60 días. El servicio de ADA no se brindará durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no se pueda concluir dentro de los 30 días previstos. La elegibilidad para el servicio de transporte adaptado está garantizada por un período de hasta tres (3) años, independientemente de la permanencia o del carácter temporal de las limitaciones funcionales.



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante

Parte B

Verificación del profesional de atención médica

Esta sección debe completarla un profesional de rehabilitación o de atención médica certificado que conozca su discapacidad o afección médica y sus capacidades funcionales.

Información del paciente	
Nombre del paciente en letra imprenta:	
Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa):	
Dirección del paciente:	
Teléfono del paciente:	
<i>(Número de identificación del pasajero, solo para uso interno)</i>	

Conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, Título 49, Sección 37.121, Subparte F del CFR, el solicitante que se identifica en la Parte A y al inicio de la Parte B de esta solicitud le pide que brinde información sobre sus habilidades para usar el servicio de transporte de ruta fija del Sistema de Tránsito del Área de Charlotte (CATS). El CATS puede ofrecer servicios de transporte adaptado ADA a personas que tienen una discapacidad o afección médica que no les permite, algunas veces o siempre, usar el sistema de autobús de ruta fija o de tren. La imposibilidad de utilizar el servicio de autobús de ruta fija o de tren puede incluir el hecho de no poder desplazarse hacia o desde las paradas de autobús/tren, subir o bajar del autobús/vagón de tren o comprender cómo se utiliza el sistema de transporte. La información que nos proporcione le permitirá al CATS evaluar la solicitud y determinar las necesidades específicas de la persona. Gracias por su cooperación.

Tenga en cuenta: El sistema de autobús de ruta fija y de tren del CATS es accesible para personas con discapacidades que necesitan rampas para subir y bajar del autobús/tren, vehículos que se acercan a la acera o anuncios de audio de las paradas de transporte. La persona que solicite el transporte adaptado de ADA **no debe poder acceder a estos servicios** por los siguientes motivos:

- afecciones que no le permiten llegar o regresar de una parada de autobús de ruta fija del CATS ni trasladarse de un vehículo a otro, o
- afecciones que no le permiten subir, viajar o bajar de un autobús con una rampa.

Las personas para las que esto es molesto o incómodo **no son elegibles** para los servicios de transporte adaptado, y se le pide a usted que verifique esto.

1. Lea la Parte A de esta solicitud en su totalidad.
2. Complete la Parte B de la solicitud en su totalidad, usando los criterios proporcionados.
3. Devuélvale la solicitud al solicitante.



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

4. Es posible que lo contacten para pedirle más información si quedan preguntas sobre las capacidades del solicitante.

Ante cualquier duda o pregunta, comuníquese con el CATS al (704) 336-5055.

Confirmación del profesional de atención médica				
Leí la PARTE A en su totalidad:		Sí	<input type="checkbox"/> No	
Conocí a este solicitante anteriormente:		Sí	No	
<i>Si respondió "No", explique:</i>				
Fecha en la que vi o traté al solicitante				
Afección o afecciones incapacitantes del solicitante en términos simples:				
Si es un impedimento cognitivo, ¿cuál es su edad cognitiva o nivel de CI?				
En mi opinión, el solicitante puede viajar de forma independiente desde su casa hasta la acera:				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces <i>Si respondió "No" o "A veces", explique:</i>				
Mencione los equipos de asistencia para la movilidad que usa el solicitante:				
Suponiendo que usa un equipo de asistencia para la movilidad, si corresponde, y no hay obstáculos importantes en el camino, ¿qué distancia puede viajar el solicitante de forma independiente sin ayuda? Hasta:				
<input type="checkbox"/> <400 metros <input type="checkbox"/> 400 metros <input type="checkbox"/> 800 metros <input type="checkbox"/> 1200 metros <input type="checkbox"/> >1200 metros				
Si es un impedimento visual, enumere la mejor agudeza corregida				
Snellen:	D:	I:		
Restricción de visión periférica:	D:	I:	Fecha de evaluación:	
¿Cambia la capacidad del solicitante para viajar a causa de tratamientos médicos, condiciones ambientales (calor, humedad, frío, nieve y hielo) u otros factores relacionados?				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> A veces <i>Si respondió "Sí", explique:</i>				
Su afección es	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal (meses) _____			



**CATS
SOLICITUD DE
ELEGIBILIDAD
DE ADA**

Comentarios adicionales:	

Escriba sus iniciales en el enunciado de abajo que mejor represente su opinión sobre el uso del transporte público por parte del solicitante:	
	Esta persona debería poder acceder correctamente a los servicios de autobús de ruta fija.
	Esta persona no puede usar el servicio de autobús de ruta fija por múltiples limitaciones funcionales.
	Esta persona puede usar el servicio de autobús de ruta fija en determinadas situaciones descritas abajo:

<p><i>Certifico que la información que proporcioné en la presente es una buena representación de la incapacidad o afección médica del solicitante y es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información proporcionada en la presente se usará con el exclusivo propósito de determinar la elegibilidad del solicitante para los servicios de transporte adaptado. También acepto que el CATS pueda contactarme para aclarar la información que proporcioné y que responderé de buena fe.</i></p>			
Nombre completo del profesional médico (letra imprenta)			
Empresa o agencia			
Domicilio			
N.º de licencia o certificación			
Teléfono		Fax	
No se aceptará que una persona de otra profesión complete esta solicitud. Afiliación profesional (marque la designación adecuada):			
<input type="checkbox"/> Médico con licencia	<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta con licencia	<input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional con licencia	
<input type="checkbox"/> Asistente social certificado	<input type="checkbox"/> Especialista en movilidad/orientación certificado	<input type="checkbox"/> Psicólogo/psiquiatra certificado	
<input type="checkbox"/> Asesor de rehabilitación certificado	<input type="checkbox"/> Otro:		
Firma:		Fecha:	