

Por favor,
adjunte la foto
aquí

Entrevistas de Paratrásito

Hasta Nuevo aviso, no habrá entrevistas en
Persona para ParaTransit

Envíe por correo todas las solicitudes a:

Paratrásito

148 Martine ave. Salón 102
White Plains, Nueva York 10601

**Todas las solicitudes serán revisadas y, si es necesario, se hará una
Llamada para aclaraciones a fin de tramitar de manera oportuna**

***Para más información, por favor llame:
914-995-2959**

Estimado solicitante de ParaTransit:

El sistema Bee-Line ParaTransit del condado de Westchester es un servicio alternativo de viaje compartido de origen a destino y de acera a acera para personas que no pueden usar el sistema regular de autobuses Bee-Line.

Tómese unos minutos para leer las pautas de elegibilidad de ParaTransit para comprender mejor los parámetros de este programa. Responda TODAS las preguntas completamente y explique cómo su discapacidad le impide usar un autobús Bee-Line regular de ruta fija. Su médico deberá completar el formulario de Certificación de médico en la página 10.

Las solicitudes incompletas serán devueltas y pueden retrasar el proceso de solicitud.

Debe programar una entrevista en persona si tiene menos de 75 años y está solicitando ParaTransit Permanente (más de un año). Para programar una entrevista, llame al 914-995-2959.

Traiga su solicitud completa con el formulario de Certificación del médico y una foto actual de tamaño pequeño (licencia/pasaporte) el día de su cita. Las entrevistas se llevan a cabo los miércoles, jueves y viernes de 9:30 a.m. a 12:30 p.m. Recomendamos enfáticamente que alguien lo acompañe si necesita ayuda. Proporcionaremos transporte complementario hacia y desde la entrevista.

Al llegar edificio de oficinas del condado de Westchester, la única entrada desde el estacionamiento es través de la entrada principal en Court Street.

Por favor de NO enviar su solicitud por correo, a menos que cumpla con UNA de las siguientes condiciones de exención.

Condiciones de renuncia:

- 75 años o más
- Solicitar servicio temporal (hasta un año). Si se necesita un servicio continuo, se le pedirá que complete una nueva solicitud y venga a una entrevista
- Ya está registrado en otro programa ParaTransit en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Envíe por correo su solicitud completa, el formulario de Certificación del médico completo y una foto de tamaño pequeño (licencia/pasaporte) a ParaTransit, 148 Martine ave., Salón 102, White Plains Nueva York 10601.

Si tiene preguntas adicionales sobre ParaTransit, llámenos al 914-995-2960 o 914-995-7397 (solo TTY).

Esta Página se dejó en blanco intencionalmente

Solicitud de ParaTránsito de Condado de Westchester

Todas las siguientes preguntas deben ser completadas. Por favor escriba todas las respuestas de manera legible.

Parte 1: Información General

1. Nombre
2. Dirección
3. Departamento #
4. Ciudad
5. Estado
6. Código Postal
7. Teléfono de Casa
8. Teléfono del trabajo
9. Teléfono Celular
10. Correo Electrónico
11. Intersección y/o punto de referencia más cercano a su casa
12. Parada de autobús más cercana a su domicilio u distancia aproximada
13. Fecha de Nacimiento
14. Nombre del contacto de Emergencia
 - Relación Teléfono celular
 - Teléfono de casa Teléfono del trabajo
15. Si alguien lo ayudó a completar esta solicitud, identifique:
Nombre Teléfono

Parte 2: Información sobre la discapacidad del solicitante

16. Por favor de marcar los motivos por los que busca la elegibilidad de ADA ParaTransit.

- Puedo usar los autobuses regulares de Bee-Line ir a algunos lugares, pero a otros. A veces puedo usar los.
 - Autobuses regulares de Bee-Line, pero solo si están equipados con un elevador para sillas de ruedas.
 - Nunca puedo usar un autobús regular de Bee-Line porque (Proveer todos los detalles).
-
-

17. De la siguiente lista, marque todas las discapacidades o síntomas que le impiden avodar, viajar o desembarcar de los autobuses públicos.

Condición Médica General

- Cáncer
- Diabetes
- Renal (Diálisis)
- Trasplante de Organo
- Otra: especificar _____

Condiciones de la Vista, la Audición o el Habla

- Afasia
- Cataratas
- Glaucoma
- Retinopatía Diabética
- Déficit de Campo Visual
- Ceguera nocturna
- Parcialmente Ciego
- Legalmente Ciego (20/200 o Peor)
- Totalmente Ciego (sin percepción de la luz)
- Sordo
- Sordo/Ciego
- Otra: especificar _____

Condiciones Cardíacas y Circulatorias

- Angina de Pecho
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Edema
- Cirugía de Corazón
- Hipertensión
- Otra: especificar _____

Condición Neuromuscular

- Parálisis Cerebral
- Daño Cerebra
- Esclerosis Múltiple
- Distrofia Muscular
- Enfermedad de Parkinson
- Cuadriplejia
- Espina Bífida
- Ataque
- Vértigo/Mareos
- Otra: especificar _____

Condiciones Pulmonares y Respiratorias

- Alergias
- Asma
- Fibrosis Quística
- Enfisema
- Otra: especificar _____

Condiciones Óseas y Articulares

- Amputación
- Hueso Roto
- Artritis
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Otra: especificar _____

Cognitivo/Psicológico

- Alzheimer
- Autismo
- Demencia
- Discapacidades del Desarrollo
- Trastorno de Pánico
- Esquizofrenia
- Otra: especificar _____

Todas las condiciones marcadas deben explicarse en el formulario de certificación del médico en la página 11.

18. Es su Discapacidad: Permanente
 Temporal ¿Cuánto Tiempo? 3 to 6 meses 6 to 9 meses 9 to 12 meses

Part 3: Información sobre Movilidad

19. Si usa una ayuda para la movilidad, marque todo lo que:

Silla de Ruedas: Manual o Motorizado

Tamaño de la silla de ruedas (en pulgadas): Ancho y Longitud

Scooter (es decir, Amigo) Sí o No

Tamaño del scooter (en pulgadas): Ancho y Longitud

Nota: Es posible que no podamos acomodarlo si su silla de ruedas o scooter mide más de 48 pulgadas o más de 32 pulgadas de ancho o si su peso total, incluida la silla de ruedas o el scooter, es más de 600 libras.

Otras ayudas para la Movilidad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Andador Plegable/No Plegable | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Inmovilizador de Pierna |
| <input type="checkbox"/> Bastón Large Blanco | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio |

20. ¿Como viaja actualmente? Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|---|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conducir yo Mismo | <input type="checkbox"/> Otra Persona maneja | <input type="checkbox"/> Taxi |
| <input type="checkbox"/> Autobús regular Bee-Line | <input type="checkbox"/> Servicio de Camioneta | <input type="checkbox"/> Tren |

Otro

Parte 4: Preguntas sobre el uso de los Autobuses Bee-Line

21. ¿ha usado alguna vez autobús regular Bee-Line? Sí No

¿Si no, por favor explique por qué?

22. ¿Cuál de las siguientes cosas puede hacer para viajar en un autobús de Bee-Line? Por favor marque sí o no solamente.

¿Eres capaz de leer un horario de autobús? Yes No

¿Calcular tarifa de autobús? Yes No

¿Poner la tarifa del autobús en la caja? Yes No

¿Cruzar la calle una vez que bajes del autobús? Yes No

¿Seguir instrucciones en caso de emergencia? Yes No

¿Llegar a su destino después de bajarse del autobús? Yes No

Si respondió NO a alguna de las preguntas anteriores, explique detalladamente.

23. ¿Puede ir y venir de una parada de autobús regular de Bee-Line por su cuenta o con la ayuda para la movilidad, como un bastón, un andador o una silla de ruedas?

- Sí No

¿Qué le dificulta llegar o salir de una parada de autobús regular de Bee-Line? Por favor marque todos los que apliquen.

- Si no hay cortes de acera
- Si superficie es irregular
- Si la acera o el terreno son demasiado empinados
- Si necesito cruzar una calle transitada y una intersección
- No puede viajar de noche debido a un problema de visión
- Me confundo y/o me desoriento
- Tengo dificultad para reconocer puntos de referencia
- Si hace mucho calor
- Si el clima es muy frío; hielo nieve

Si marcó alguno de los anteriores, explique brevemente cómo esto le impide hacerlo.

24. ¿Puede esperar de 10 a 15 minutos en una parada de autobús?

- Sí No

¿Si no, por favor explique por qué?

25. ¿Puede subir tres escalones de 11 pulgadas y/o encontrar un asiento por su cuenta?

- Sí No

¿Si no, por favor explique por qué?

26. Para satisfacer mejor sus necesidades, enumere los tres viajes que realizará con frecuencia utilizando ParaTransit.

Viaje 1

Desde

Hacia

Número de viajes

Viaje 2

Desde

Hacia

Número de viajes

Viaje 3

Desde

Hacia

Número de viajes

Parte 5: Términos, Propósito y Divulgación de Información

El propósito de esta solicitud es determinar si el solicitante es legible para el servicio ParaTransit de acuerdo con las pautas de la ley de Estadounidenses con Discapacidades.

El proceso puede retrasarse si la solicitud no se completa en su totalidad. Tenga en cuenta que la Oficina para Personas con Discapacidades puede comunicarse con su médico para verificar y/o aclarar cualquier información adicional. Toda la información se mantiene confidencial; solo con un "Formulario de Divulgación" firmado se divulgará la información. Su firma a continuación proporciona esta autorización.

Se enviará por correo una notificación de los criterios de elegibilidad, una tarjeta de identificación, políticas y procedimientos después de que se complete el procesamiento de la solicitud. El tiempo de proceso puede demorar hasta 21 días hábiles desde el día en que la Oficina para Personas con Discapacidad recibe la solicitud completa.

Puede apelar dentro de los 60 días posteriores a la recepción de nuestra decisión por es elegible según las pautas de ADA ParaTransit o si no está satisfecho con su elegibilidad. Se debe enviar una carta a la Oficina para Personas con Discapacidades a la atención del director.

Su firma a continuación certifica que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera según su leal saber y entender. Cualquier falsificación de información puede resultar en la denegación de mi solicitud.

Divulgación de la Información de la Solicitud

Por la presente autorizo a la Oficina para Personas con Discapacidades del Condado de Westchester a divulgar cualquier información a otros servicios de transporte participantes.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Imprimir Nombre _____

Firma del Tutor o del proveedor de atención médica _____ Fecha _____

Imprimir Nombre _____

Una vez recibido, el proceso de solicitud puede demorar hasta 21 días.

Querido Doctor:

Su paciente está solicitando su ayuda para completar el formulario de certificación del médico para solicitar la elegibilidad para utilizar el servicio ParaTransit del condado de Westchester.

¿Quien Califica para ParaTransit?

El servicio ParaTransit está diseñado para servicio ÚNICAMENTE a aquellas personas cuya discapacidad grave les impide utilizar un servicio regular de autobús de ruta fija. Según la ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), una discapacidad por sí sola no califica a una para viajar en ParaTransit. Una persona debe ser FUNCIONALMENTE incapaz de usar el autobús Bee-Line de ruta fija.

¿Qué es ParaTransit”

ParaTransit es un servicio de transporte público alternativo, de acera a acera, que responde a la demanda, servicio de transporte público. Está diseñado para “reflejar” el autobús regular de Bee-Line en términos de horarios y áreas de servicio.

La asistencia se brinda a las personas desde la puerta de su punto de partida o destino y el vehículo de ParaTransit, de conformidad con la ADA. Se brinda asistencia para ayuda a abordar y salir de los vehículos. Además, se requiere que ParaTransit brinde servicio solo si tanto el punto de partida como el destino de un viaje se encuentran dentro de ¼ de milla de una ruta regular de autobús Bee-Line durante las horas en que esa ruta específica está operando.

Certificación del Médico: debe ser completada únicamente por el medico Solicitante

Parte 6: Certificación del medico Lea

Atentamente y completa el formulario médico para su paciente. La información que proporcione nos ayudará a determinar la elegibilidad de su paciente. Escriba en letra de imprenta clara y legible, preferiblemente en letras de imprenta.

Yo, (Nombre del Doctor) _____, certifica que
(Nombre del paciente) _____ is and individual
con discapacidades que ha sido paciente mío desde (año) _____
y ha sido diagnosticado con lo siguiente _____

Consulte la pregunta 10 en la página 4.

Indique cómo el diagnostico evitaría FUNCIONALMENTE que su paciente use el Sistema regular de autobuses Bee-Line. La elegibilidad será determinada por la evaluación DETALLADA de las condiciones físicas y/o cognitivas de su paciente. Para que podamos procesar la solicitud de su paciente, le solicitamos **que escriba en letra de imprenta clara y legible y que no repita el diagnóstico.**

La condición de su paciente es Permanente Temporario

Certifico que la información en este formulario medico es precisa y actual.

Firma del médico _____ Fecha _____

Número de licencia _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Número de teléfono _____ Número de fax _____

Esrampilla

