

Solicitud de recertificación de ParaTransito

Responda completamente a TODAS las siguientes preguntas. Por favor, escriba con letras claras. Esta solicitud debe completarse en su totalidad con todos los detalles; de lo contrario, será devuelta, lo que retrasará el proceso de solicitud.

Parte I: Información general

1.Nombre				2. ID #	
3. Dirección				Apt. #	
Ciudad		Estado		Zip	
4. Teléfono de casa		5.Teléfono del trabajo			
6. Teléfono celular					
7. Correo electrónico					
Intersección y/o punto de referencia más cercano a su casa					
8. Parada de autobús más cercana a tu domicilio y distancia aproximada					
9. Fecha de nacimiento					
10.Nombre del contacto de emergencia					
Relación		Teléfono móvil			
Teléfono de casa		Teléfono del trabajo			

Parte II: Información sobre la discapacidad del solicitante

1.Marque el/los motivo(s) por los cuales está recertificando para A DA ParaTransit.

☐ Puedo usar los autobuses regulares de Bee-Line para ir a algunos lugares, pero no a otros.

☐ Nunca puedo utilizar un autobús Bee-Line normal porque (escribe detalles completos):

2. ¿Qué distancia puede recorrer usando un dispositivo de ayuda a la movilidad o por su cuenta? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ No puedo viajar más de 200 pies.
- ☐ Puedo llegar a la acera frente a mi casa/edificio de apartamentos.
- ☐ Puedo viajar hasta 3 cuadras (1/4 de milla).
- ☐ Puedo viajar hasta 6 cuadras (1/2 milla).
- ☐ Puedo viajar hasta 9 cuadras (3/4 de milla).

Parte III: Información sobre movilidad

1. Si utiliza un dispositivo de ayuda para movilidad, marque todas las opciones que correspondan:

Silla de Ruedas ☐ Manual ☐ Motorizado

Tamaño de la silla de ruedas:

Scooter (ie, Amigo): ☐ Si ☐ No

Tamaño del scooter:

Nota: Es posible que no podamos acomodarlo si su silla de ruedas o scooter mide más de 48 pulgadas de largo 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:

- ☐ Andador plegable/no plegable
- ☐ Bastón normal
- ☐ Muletas
- ☐ Animal de servicio
- ☐ Bastón blanco largo

2. ¿Viajará contigo un asistente? ☐ Sí ☐ No

3. Marque todas las circunstancias que correspondan con respecto a lo que le dificulta llegar y salir de un Bee-Line parada de autobús INDEPENDIENTEMENTE.

- ☐ Si no hay cortes de acera
- ☐ Si la superficie es irregular
- ☐ Si la acera o el terreno son demasiado empinados
- ☐ Si necesito cruzar una calle concurrida y una intersección,
- ☐ No puede viajar de noche debido a dificultades de visión.
- ☐ Me siento confundido y/o desorientado.
- ☐ Tengo dificultad para reconocer puntos de referencia.
- ☐ Si el clima es muy caluroso.
- ☐ Si el clima es muy frío: hielo/nieve.

Si marcó alguna de las opciones anteriores, explique brevemente por qué no puede llegar hasta o desde una parada de autobús de Bee-Line.

Parte IV: Declaración jurada y divulgación de información

Declaración

Confirmando que toda la información contenida en esta recertificación es veraz a mi leal saber y entender. Entiendo que la recertificación de mi uso actual del sistema ParaTransit está sujeta a revisión. Cualquier tergiversación de la información resultará en el rechazo de mi solicitud de recertificación de ParaTransit y, posiblemente, en la revocación de mi certificación actual. Entiendo que esta solicitud será devuelta si no se completa en su totalidad, lo que retrasará el proceso de recertificación.

Consentimiento para divulgar información

Por la presente, autorizo a la Oficina del Condado de Westchester para Personas con Discapacidades a divulgar cualquier información de mi solicitud de ParaTransit a cualquiera y/o todos los programas participantes.

En el caso de que solicite ParaTransit en otro condado o estado, por la presente autorizo a la Oficina para Personas con Discapacidades del Condado de Westchester a entregar mi solicitud de ParaTransit Bee-Line a esa agencia.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre impreso _____

Parte V: Nivel de elegibilidad

Ha cambiado su condición médica en los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No

Si solicita un cambio en su nivel de elegibilidad, solicite a su médico que complete el formulario de Certificación del Médico.

Si su nivel de elegibilidad no ha cambiado, lea y firme la Solicitud de exención de certificación médica a continuación.

Parte VI: Solicitud de exención de la certificación

La certificación médica se eximirá si:

- El solicitante no presenta cambios médicos ni de salud y no solicita un cambio en el nivel de elegibilidad.
- El solicitante tiene discapacidad visual o es ciego.

Firme a continuación si solicita una exención.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre impreso _____

Estimado Doctor:

El solicitante que le pidió que revisara y firmara este formulario solicita la recertificación para el servicio de ParaTransit del Condado de Westchester. Lea atentamente la siguiente información, ya que podría afectar su respuesta.

¿Quién califica para ParaTransit?

El servicio de ParaTransit está diseñado para atender únicamente a personas cuya discapacidad grave les impide usar el transporte público. Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la discapacidad por sí sola no habilita a una persona para usar ParaTransit.

Una persona debe ser funcionalmente incapaz de utilizar el servicio Bee-Line de ruta fija. El servicio se presta a los siguientes tres grupos generales de personas con discapacidad.

1. Personas que tienen condiciones específicas relacionadas con discapacidades que hacen que sea IMPOSIBLE, no solo DIFÍCIL, viajar hacia o desde la parada de autobús.
2. Personas que necesitan un elevador para sillas de ruedas cuando no hay un autobús equipado con elevador para sillas de ruedas disponible en la ruta que necesitan viajar.
3. Las personas que no puedan subir, viajar o salir de los autobuses Bee-Line incluso si pueden llegar a una parada de autobús y El autobús está equipado con un elevador para sillas de ruedas.

¿Qué es ParaTransit?

ParaTransit es un servicio de transporte público alternativo, de puerta a puerta y a demanda. Está diseñado para replicar el servicio de ruta fija Bee-Line en cuanto a horarios y zonas de servicio.

Las disposiciones de la ADA sobre el servicio de acera a acera y de "espejo" implican que NO se proporciona asistencia a las personas entre la puerta de su punto de partida o destino y el vehículo de ParaTransit. La asistencia se proporciona únicamente para ayudar a subir y bajar de los vehículos. Además, ParaTransit debe brindar servicio solo si tanto el punto de partida como el destino de un viaje están ubicados dentro de 3/4 de milla de una ruta de tránsito de Bee-Line durante las horas en que dicha ruta está en funcionamiento.

Parte VI: Certificación del médico

Lea atentamente y complete el formulario médico de su paciente. La información que proporcione nos ayudará a determinar si su paciente cumple los requisitos para usar el servicio de paratransito del Condado de Westchester. **Escriba con letra clara y legible.**

Yo, (nombre del doctor) _____, certifico que
(Nombre del paciente) _____ es una persona
discapacitada que ha sido paciente mío desde (año) _____
y se le ha diagnosticado lo siguiente _____

Indique cómo el diagnóstico impediría **FUNCIONALMENTE** que su paciente utilice el sistema de autobuses Bee-Line. La elegibilidad de su paciente se determinará mediante una evaluación **DETALLADA** de su condición física y/o cognitiva. Para que podamos procesar su solicitud, le solicitamos que **escriba con letra clara y legible, y que no repita el diagnóstico.**

Las condiciones de su paciente son ___Temporario ___Permanente

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

Firma del doctor _____ Fecha _____
Número de licencia _____
Direccion _____
Ciudad _____ Estado____ Zip _____
Número de teléfono _____ Número de fax _____

Estampilla