

SISTEMA DE TRÁNSITO DE LAWRENCE
1260 Timberedge Rd.
Lawrence, KS 66049
Teléfono: 785-312-7064. Fax: 785-312-7958
www.lawrencetransit.org

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA DISCAPACITADOS
PARTE A
Información personal de contacto

El **T Lift** proporciona un servicio de transporte de puerta a puerta para las personas que no pueden usar el sistema de transporte regular T para sus viajes. Para tener acceso legal a este sistema, las limitaciones funcionales de la discapacidad de un individuo le deben impedir el uso de los buses regulares de ruta fija. La edad, distancia desde una parada de bus o incapacidad para conducir por ellos mismos, no son tomados en consideración para determinar la elegibilidad. **Para ser elegibles al T Lift, los aplicantes deben enviar la PARTE A y la PARTE B para su revisión. La PARTE A de la aplicación debe ser completada por el solicitante o por alguien en nombre de ella/él. La PARTE B tiene que ser llenada por un profesional médico independiente calificado, quien pueda verificar y comprobar las capacidades funcionales del aplicante. Los solicitantes también necesitarán completar un formulario que autorice la divulgación de su información médica, la cual está adjunta a la PARTE B y deberá ser enviada por el profesional calificado.**

Por favor, tipee o escriba con un bolígrafo para completar los formularios de aplicación.

Apellido: _____ Primer nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____
Dirección: _____ Apartamento # _____
Ciudad/pueblo: _____ Estado: _____
Código de área: _____
Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____
TTD/TTY (____) _____ Teléfono celular (____) _____
(TTD: teléfono para personas sordas/ TTY: teléfono para escribir y enviar mensajes de textos para personas con incapacidad para hablar o escuchar). TDD
(Telecommunication Device for the Deaf, sigla en inglés/TTY: Stands for Text Telephone, sigla en inglés)
Fecha de nacimiento: ____/____/____ correo electrónico: _____

¿Requiere usted información en un formato diferente?

Braille: _____ Letra imprenta o de molde: _____ Cinta de voz: _____ Otra: _____
(es un alfabeto para personas con discapacidad visual)

Si alguien lo/a está ayudando con esta aplicación, dicha persona **debe** completar la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: (____)_____ Teléfono del trabajo:(____)_____

Información de contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (____)_____ Teléfono celular: (____)_____

Teléfono del trabajo: (____)_____

INFORMACIÓN SOBRE SUS HABILIDADES

1. ¿Tiene usted alguna discapacidad o estado de salud que le **impida** usar el servicio regular de ruta fija **T**? _____ Sí _____ No

a.- ¿De qué forma su discapacidad le impide usar de forma independiente el servicio regular de ruta fija? Por favor, sea específico (debe ser completado) _____

b.- ¿Es su discapacidad permanente? _____ Sí _____ No

c.- ¿Si su discapacidad es temporal, en cuánto tiempo considera usted que podría mejorar? # _____ Meses

d.- ¿Hay alguna estación durante el año en que su discapacidad/ estado de salud se empeore y le impida transportarse sin ayuda? **(chequee las opciones que aplican).**

_____ Primavera _____ Verano _____ Otoño _____ Invierno

2. ¿Usa usted algunos de los siguientes equipos de movilización? **(chequee las opciones que aplican).**

_____ Silla de ruedas	_____ Silla de ruedas eléctrica
_____ Vehículo motorizado para discapacitados (scooters)	_____ Bastón
_____ Caminador	_____ Bastón blanco
_____ Animales de servicio	_____ Muletas
_____ Oxígeno	_____ Otros (por favor detállelos)

3. ¿Los cambios del clima (como el calor, frío, viento, nieve, lluvia y/o hielo) combinados con su discapacidad o estado de salud lo **paran** de usar el bus de transporte regular T? Sí No

Si contestó Sí, explíquelo completamente. Use una hoja adicional si lo necesita.

4. ¿Usted requiere la ayuda de un asistente de cuidado personal, PCA (Personal Care Attendant, sigla en inglés,) cuando se transporta? **(los pasajeros deben proporcionar su propio asistente).**

Sí No A veces

5. Todos los vehículos de tránsito en Lawrence tienen elevadores para sillas de ruedas (Si usted no está en condiciones de subir escalera, usted puede estar parado en el ascensor). Estaría usted en condiciones de subir y bajar del bus regular **sin la ayuda de otra persona?** (El conductor opera el elevador y ayuda con el sistema de aseguramiento. El elevador tiene pasamanos).

Sí No A veces

Si su respuesta es No o A veces, explique porqué:

6. Su discapacidad o estado de salud lo **para** de llegar a la parada del bus sin la ayuda de otra persona, por las siguientes razones? **(chequee las opciones que aplican).**

Incapaz (no solo difícil) de viajar en terreno irregular o quebrado

Extrema sensibilidad a ciertas condiciones climáticas

Extrema fatiga debido al estado de salud

Incapacidad para cruzar intersecciones difíciles

Falta de aceras y rampas en la parada del bus

Incapacidad para localizar la parada de bus debido a una discapacidad visual

Incapacidad para esperar afuera por 10 minutos

Incapacidad para movilizarse en el hielo o superficies cubiertas de nieve

Incapacidad para identificar el bus correcto durante el día cuando hay luz

Incapacidad para identificar el bus correcto temprano en la mañana o en las horas de la noche cuando es oscuro.

Otros

Por favor, explíquelo: _____

7. ¿Cuántas cuadras hay desde su casa hasta la parada de bus más cercana? _____
(Una cuadra es aproximadamente 129 metros)

8. Indique abajo cuán lejos usted puede viajar **sin** ayuda
_____ Menos de una cuadra _____ 3 cuadras _____ 6 cuadras
_____ 9 cuadras _____ Más de 9 cuadras

9. ¿Después de llegar a la estación de bus, por cuánto tiempo usted puede esperar afuera (sin sentarse) hasta que el bus llegue?
_____ 30 minutos o más _____ 15 minutos _____ 10 minutos _____ Menos de 10 minutos
Si usted no puede permanecer parado mientras espera, explique el por qué no?

10. ¿Es usted **capaz** de ejecutar las siguientes funciones sin la ayuda de otra persona?
(chequee las opciones que aplican).

_____ ¿Entiende y/o procesa información?

_____ ¿Pide o sigue información escrita u oral, como horarios incluyendo mensajes del teléfono para personas sordas, TDD (Telecommunication Device for the Deaf, sigla en inglés), cintas de video o de voz?

_____ ¿Averigua la tarifa correcta?

_____ ¿Sigue instrucciones en una emergencia?

_____ ¿Reconoce su destino, mientras usted está en el bus?

_____ ¿Una vez que se baja del bus, puede localizar y llegar a su destino?

_____ ¿Puede cruzar una intersección difícil?

_____ ¿Ubica su destino entre lugares familiares?

_____ ¿Le avisa al conductor al momento de bajarse del bus en una parada conocida y luego puede bajarse? Asume que el conductor hace llamados en todas las paradas.

_____ ¿Coloca las monedas, muestra los pases y maniobra las agarraderas?

_____ ¿Comunica las direcciones, destinos y números de teléfonos bajo pedido?

_____ ¿Hace frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados de rutina, por ejemplo, cambios de rutas debido a la construcción de carreteras o paradas de buses cerradas?

_____ ¿Sube y baja las escaleras?

11. ¿Si el entrenamiento para usar el Sistema regular de bus T estuviera disponible sin costo, ¿usted cree que se beneficiaría de recibir este entrenamiento?

_____ Sí _____ No

Yo entiendo que el propósito de completar la PARTE A es el primer paso para determinar si Yo soy elegible para **el servicio de elevador complementario T Lift del Acta de Americanos con Discapacidades, ADA (Americans with Disabilities Act, sigla en inglés)**.

Además, Yo estoy de acuerdo en que un profesional calificado realice una valoración profesional independiente sobre mi elegibilidad al completar la PARTE B de este proceso de aplicación.

Yo entiendo que el fracaso de participar en esta valoración causará una negación de la elegibilidad del servicio elevador T Lift del Sistema de Tránsito de Lawrence.

Yo entiendo que la Parte A, la Parte B y el formulario de autorización para divulgar la información médica adjunta a la Parte B deben ser presentadas para completar la revisión de la aplicación. Además, Yo autorizo a un profesional médico para que complete en mi nombre la Parte B que divulga esta información al Sistema de Tránsito de Lawrence para su revisión, así como cualquier información pertinente o de apoyo sobre mi salud o condición médica, que ayudará al personal asignado del Sistema de Tránsito de Lawrence a determinar la elegibilidad al servicio de T Lift.

Yo entiendo que al recibir la Parte A presentada por mí o por un representante en mi nombre y la Parte B presentada por un profesional calificado a cargo de la valoración profesional empezará el período de revisión de la solicitud a cargo del Sistema de Tránsito de Lawrence en un período de 21 días calendario. También Yo entiendo que el Sistema de Tránsito de Lawrence podría contactarme o contactar al representante en mi nombre concerniente a esta aplicación, así como al profesional calificado que completó la Parte B para obtener más información.

Yo certifico con mi firma que he sido honesto al responder todas las preguntas de esta aplicación y que la información que he proporcionado es correcta. Yo entiendo que dar una información falsa puede causar la negación del servicio.

Firma del aplicante

Fecha

Si usted ayudó al aplicante a completar este formulario, firme abajo:

Firma

Fecha