

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE PARATRÁNSITO ADA

Gobierno Consolidado de la Parroquia de Terrebonne



La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. Para satisfacer sus necesidades, los sistemas de transporte público deben proporcionar una variedad de servicios.

Si tiene una discapacidad que le impide utilizar un autobús de transporte público equipado con rampa o elevador durante parte o todo el tiempo, puede ser elegible para el servicio de paratrásito ADA.

Toda la información se mantendrá confidencial. Sólo la información necesaria para proporcionar los servicios que usted solicita será revelada a quienes realizan esos servicios. Sus respuestas no serán compartidas con ninguna otra persona o empresa.

Es importante que se completen todas las partes de este formulario. Si la solicitud está incompleta, se la devolveremos, lo que retrasará el procesamiento de su solicitud.

Utilice el sobre proporcionado o devuélvalo a:

Terrebonne Parish Consolidated Government
Transit Division
Administrative Coordinator II
Post Office Box 2768
Houma, Louisiana 70361

Si tiene alguna pregunta, llame al 985-850-4616.

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DEL SERVICIO DE PARATRÁNSITO ADA

Gobierno Consolidado de la Parroquia de Terrebonne



SECCIÓN 1: INFORMACIÓN PERSONAL			
Nombre Apellido	Sufijo	Primero	Inicial del segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección Postal	Ciudad	Estado	Código postal
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	
Número de teléfono	Dispositivo de telecomunicaciones para sordos	Dirección de correo electrónico (opcional)	
Capacidad lingüística (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			
CONTACTO DE EMERGENCIA			
Nombre del contacto de emergencia		Relación	
Número de teléfono	Dispositivo de telecomunicaciones para sordos	Dirección de correo electrónico (opcional)	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE MOVILIDAD															
<p>1. ¿Cuál de estos equipos o ayudas para la movilidad utiliza para llegar a donde necesita ir? (marque todo lo que corresponda a usted)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ninguno</td> <td><input type="checkbox"/> Bastón para caminar</td> <td><input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perro de servicio</td> <td><input type="checkbox"/> Bastón blanco</td> <td><input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tablero de imagen</td> <td><input type="checkbox"/> Andador</td> <td><input type="checkbox"/> Scooter/carro motorizado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tablero del alfabeto</td> <td><input type="checkbox"/> Muletas</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Oxígeno portátil</td> <td><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Bastón para caminar	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Perro de servicio	<input type="checkbox"/> Bastón blanco	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/> Tablero de imagen	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Scooter/carro motorizado	<input type="checkbox"/> Tablero del alfabeto	<input type="checkbox"/> Muletas		<input type="checkbox"/> Oxígeno portátil	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Bastón para caminar	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual													
<input type="checkbox"/> Perro de servicio	<input type="checkbox"/> Bastón blanco	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica													
<input type="checkbox"/> Tablero de imagen	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Scooter/carro motorizado													
<input type="checkbox"/> Tablero del alfabeto	<input type="checkbox"/> Muletas														
<input type="checkbox"/> Oxígeno portátil	<input type="checkbox"/> Otro: _____														
<p>¿Cuántas cuadras puede recorrer en terreno nivelado usando una ayuda para movilidad o por su cuenta?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 2 <input type="checkbox"/> 2 a 4 <input type="checkbox"/> Más de 4</p>															
<p>3. ¿Si viajara en el autobús de ruta-fija, necesitaría la ayuda de otra persona?</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Si la respuesta es "Siempre" o "A veces", explique el motivo de la asistencia.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Para ayudarme a llegar o salir de la parada de autobús. <input type="checkbox"/> Para ayudarme a subir o bajar del autobús. <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>															
<p>4. ¿Alguna vez ha recibido entrenamiento para aprender a utilizar el autobús de tránsito de ruta-fija?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, pero estoy interesado en aprender más sobre el programa de entrenamiento para viajes.</p> <p>Tipo de entrenamiento: <input type="checkbox"/> Viajes generales en autobús <input type="checkbox"/> Cómo recorrer rutas específicas Lugar de entrenamiento: _____</p> <p>Estado: <input type="checkbox"/> He completado el entrenamiento. <input type="checkbox"/> No he completado el entrenamiento.</p>															

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE MOVILIDAD (CONTINUADO)

5. Si se determina que es elegible para recibir servicios de paratransito, marque las declaraciones correspondientes:

- Puedo encontrarme con la camioneta en la acera de mi casa sin ayuda.
- Necesito ayuda desde mi puerta hasta la camioneta en la acera.
- Necesito asistencia desde la camioneta hasta la puerta de mi destino.
- A veces necesito ayuda hacia o desde la camioneta y notificaré a Tránsito de Buena Tierra al reservar mi viaje si necesito asistencia adicional más allá de la acera.

Explique por qué y cuándo necesitará ayuda adicional.

6. Enumere sus cinco viajes más frecuentes y cómo llega hasta allí ahora.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD O CONDICIONES DE SALUD

Indique todas las condiciones que afectan su capacidad para utilizar el autobús.

1. Condiciones médicas generales

- Ninguno
- Insuficiencia renal
- Otro: _____
- Cáncer
- Neumonía
- Diabetes
- Trasplante de órganos

2. Condiciones de huesos y articulaciones

- Ninguno
- Fusión
- Amputación de: _____
- Otro: _____
- Espondiloartritis Anquilosante
- Osteoartritis
- Hueso roto: _____
- Artritis
- Osteoporosis

3. Condiciones cerebrales/nerviosas/musculares

- Ninguno
- Síndrome de pospoliomielitis
- Cuadriplejía
- Espina bífida
- Derrame cerebral
- Vértigo/mareos
- Otro: _____
- Enfermedad de Alzheimer
- Lesión cerebral
- Parálisis cerebral
- Demencia
- Epilepsia
- Guillain-Barré
- Hemiplejía
- Corea de Huntington
- Esclerosis múltiple
- Distrofia muscular
- Paraplejía
- Enfermedad de Parkinson

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD O CONDICIONES DE SALUD (CONTINUADO)*Indique todas las condiciones que afectan su capacidad para utilizar el autobús.***4. Condiciones cardíacas y circulatorias**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Hipertensión | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

5. Condiciones pulmonares y respiratorias

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) |
| <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

6. Condiciones de hablar/visión/audición

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Legalmente ciego |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente vidente | <input type="checkbox"/> Sordo-ciego | <input type="checkbox"/> Sordo |
| <input type="checkbox"/> Déficit de campo visual | <input type="checkbox"/> Retinopatía diabética | <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

7. Condiciones mentales o de desarrollo

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Enanismo |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del estado de ánimo | <input type="checkbox"/> Psicosis | <input type="checkbox"/> Trastorno de pensamiento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental | |
| <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Leve | |
| <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Moderado | |
| <input type="checkbox"/> Severo | <input type="checkbox"/> Severo | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

8. ¿Su condición de salud o discapacidad es temporal?

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | ¿En caso afirmativo, cuánto tiempo espera que dure? | _____ | Número de años |
| <input type="checkbox"/> No | ¿Si no, cuánto tiempo ha tenido esta condición o discapacidad? | <input type="checkbox"/> Desde nacimiento | <input type="checkbox"/> _____ Número de años |
| <input type="checkbox"/> Inseguro | ¿Si no está seguro, cuánto tiempo ha tenido esta condición o discapacidad? | <input type="checkbox"/> Desde nacimiento | <input type="checkbox"/> _____ Número de años |

9. ¿Su discapacidad o condición de salud cambia de vez en cuando de manera que afecte su capacidad para usar el autobús?

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | Por favor describe: _____ |
| <input type="checkbox"/> No | |

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE USO DEL AUTOBÚS DE RUTA-FIJA*Responda todas las preguntas incluso si no viaja en el autobús regular de ruta-fija.***1. ¿Viaja usted en el servicio de autobús regular (de ruta-fija)?**

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | ¿Cuántos días por semana? _____ | ¿Cuántos días al mes? _____ |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No, pero solía viajar en autobús. | | |

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE USO DEL AUTOBÚS DE RUTA-FIJA (CONTINUADO)

Responda todas las preguntas incluso si no viaja en el autobús regular de ruta-fija.

2. ¿Puede comunicarse con el conductor del autobús usted mismo o con la ayuda de un dispositivo (como un tablero de letras o tarjetas de identificación de ruta de autobús)?

Sí No

Por favor marque todo lo que corresponda.

- No puedo entender al conductor.
- Necesito una ayuda de comunicación y no la tengo.
- Otras personas no pueden entenderme.
- Otro: _____

3. ¿Cuántas cuadras necesitas recorrer para llegar a una parada de autobús?

Menos de 2 2 a 4 Más de 4 No lo sé

4. Utilizando una ayuda de movilidad o por tu cuenta, ¿puede llegar hasta la parada de autobús?

Sí No

Por favor marque todo lo que corresponda.

- No encuentro la parada porque me confundo.
- Necesito que alguien me ayude a llegar allí.
- Podría con entrenamiento.
- No quiero viajar en los autobuses de servicio de ruta-fija.
- El terreno es demasiado irregular para poder llegar allí.
- No puedo llegar tan lejos.
- Las fuertes lluvias me impiden llegar hasta allí.
- Otro: _____

5. ¿Puede esperar 10 minutos en una parada de autobús que no tiene asientos ni marquesina?

Sí No

Por favor marque todo lo que corresponda.

- Me confundo y puedo perderme.
- No me gusta esperar tanto.
- Estar de pie durante 10 minutos me cansa demasiado para viajar en autobús.
- El clima muy frío es peligroso para mi salud.
- El clima muy caluroso es peligroso para mi salud.
- Otro: _____

6. ¿Sabe dónde bajarse del autobús o puede averiguarlo?

Sí No

Por favor marque todo lo que corresponda.

- Me confundo o no recuerdo adónde voy.
- No sé dónde está la parada del autobús.
- Necesito una ayuda de comunicación y no la tengo.
- Podría con entrenamiento.
- Otro: _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE USO DEL AUTOBÚS DE RUTA-FIJA (CONTINUADO)

Responda todas las preguntas incluso si no viaja en el autobús regular de ruta-fija.

7. ¿Puede dirigirse al lugar al que necesita ir desde donde para el autobús para dejarlo?

Sí

No

Por favor marque todo lo que corresponda.

Me confundo o no recuerdo adónde voy.

Necesito que alguien me ayude a llegar allí.

Me siento inseguro allí.

No quiero viajar en autobús.

El terreno es demasiado irregular o empinado para poder llegar allí.

No puedo caminar tan lejos.

Podría con entrenamiento.

Otro: _____

8. ¿Existen otras condiciones que limiten su capacidad para utilizar el autobús?

Sí

No

Por favor explique.

SECCIÓN 5: FIRMA DEL SOLICITANTE

No separe: debe presentarse junto con la solicitud.

Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la denegación del servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y solo la información necesaria para brindar los servicios que solicito se divulgará a quienes realicen dichos servicios. Entiendo que TPCG puede comunicarse con el profesional de atención médica que completó la Verificación Profesional adjunta a esta solicitud para confirmar esta información.

Firma del solicitante

Fecha

Persona que completó la solicitud si no es el solicitante (marque uno):

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según la información que me proporcionó el solicitante.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi propio conocimiento de la condición de salud o discapacidad del solicitante.

Excepciones o adiciones:

Nombre Apellido

Sufijo

Primero

Inicial del segundo nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha

Número de teléfono

Relación con el solicitante

SECCIÓN 6: VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Esta parte de la Solicitud de Certificación de Elegibilidad de Paratrásito de TPCG debe ser completada por uno de los siguientes profesionales actualmente autorizados: enfermero registrado, médico, trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, quiropráctico, terapeuta ocupacional, patólogo del habla, enfermero practicante, asistente médico, consejero de salud mental, terapeuta respiratorio, consejero de rehabilitación vocacional, o terapeuta de recreación empleado por un centro médico.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es un proyecto de ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. Para satisfacer sus necesidades, los sistemas de autobuses públicos deben proporcionar una variedad de servicios.

El solicitante puede ser considerado elegible para uno de los siguientes:

- servicio de camioneta de paratrásito para todos los viajes que solicite
- servicio de camioneta de paratrásito para algunas solicitudes de viaje, pero no para otras (según la capacidad funcional)
- capaz de utilizar el autobús regular

Nota: Todos los autobuses de TPCG son vehículos de piso bajo que eliminan los escalones para entrar al autobús y cuentan con rampas para sillas de ruedas.

La información que usted proporcione nos permitirá tomar una determinación adecuada para cada solicitud de viaje.

Toda la información se mantendrá confidencial. Gracias por su ayuda.

Describe la capacidad en la que conoce al solicitante:

¿Cuál es el diagnóstico de discapacidad del solicitante? Describe lo más específicamente posible en términos sencillos:

¿La condición del solicitante le impide utilizar un autobús equipado con rampa de piso bajo?

Sí No

¿Es la condición temporal?

Sí, durante _____ meses No

He revisado toda la información contenida en esta solicitud y certifico que toda la información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Excepciones o adiciones:

Nombre y título en letra de imprenta	Firma		
Fecha	Número de teléfono		
Clínica/agencia	Número de licencia, registro, o certificación profesional		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal