



Servicio de Paratrásito DOT Alexandria

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

Este formulario es para las personas que desean solicitar la elegibilidad para el servicio de paratrásito bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Las personas con discapacidades que tengan impedimento de usar el servicio de transporte regular, es posible que puedan usar los servicios de paratrásito del DOT. Todo el servicio de Metrorail es accesible para personas con discapacidades pues tienen ascensores en las estaciones de tren y otras características de accesibilidad. Se puede usar el DASH y Metrobus con ascensor o dispositivos de acceso a los buses.

La información obtenida en este proceso de certificación solo será utilizada por la Ciudad de Alexandria para evaluar su elegibilidad y garantizar la prestación de servicios de transporte adecuados.

Proceso de la Aplicación

1. Complete la Parte A de esta solicitud si cree que reúne los requisitos (consulte "Elegibilidad" a continuación).
2. Lleve o envíe por correo esta solicitud (Partes A y B) a su profesional de la salud para que complete la parte B. **Tanto la Parte A como la Parte B DEBEN completarse antes de que sea considerada su solicitud.**
3. Envíe por correo o traiga el formulario de solicitud completo (Partes A y B) a:

**City of Alexandria
Office of Mobility Services
421 King Street, Suite 235
Alexandria, VA 22314**

O envíe por fax la aplicación llenada al: **703-746-6433**

O envíe por email la aplicación llenada a: Tiana.Ward@alexandriava.gov

4. La Oficina de Mobility Services le notificará sobre su estado de elegibilidad.
5. **Si no ha sido notificado dentro de los 21 días posteriores a la presentación de su solicitud llame al (703) 746-4084 Voz, o Virginia Relay 711. Si no se ha determinado su elegibilidad, será elegible temporalmente para el servicio de paratrásito.**
6. Si se le niega la elegibilidad, tiene derecho a apelar. Se le enviará información sobre las apelaciones. Llame al (703) 746-4084 Voz; o Virginia Relay 711 para obtener más información.

PARTE A

Eligibilidad

Según la ADA, hay tres categorías de personas que son elegibles para el paratransito. Cualquier persona con una discapacidad califica si:

- A. No puede subir, viajar o bajarse de un vehículo de transporte público debido a un problema físico o a una discapacidad mental; o
- B. Necesita la asistencia de un elevador de silla de ruedas u otro dispositivo que lo asista para el embarque, y es capaz con esta asistencia, subir, viajar y bajarse de un vehículo accesible, PERO dicho vehículo no está disponible en la ruta cuando la persona necesita viajar; o
- C. Tiene una afección específica relacionada con la discapacidad (incluyendo discapacidades visuales, auditivas u otros que causen desorientación) la cual impide viajar de una estación a otra, u otra parada en el sistema de transporte.

Información del solicitante

Nombre: _____ Fecha de Nac: ____ / ____ / ____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección del lugar donde residirá cuando utilice el servicio del DOT:

Dirección *Apartment/Unit #*

Ciudad *Estado* *ZIP Code*

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿La dirección es su residencia legal en la ciudad de Alejandría? SI NO

Si la respuesta a la pregunta anterior es no, proporcione su residencia legal a continuación:

Dirección *Apartment/Unit #*

Ciudad *Estado* *ZIP Code*

PARTE A

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Nombre: _____

Relación (familia, vecino, etc.): _____

Teléfono (de día): _____ Teléfono (de noche): _____

Accesibilidad

Al responder a las siguientes preguntas, tenga en cuenta que:

- Es posible que pueda usar autobuses accesibles que operen en rutas fijas. Autobuses accesibles están equipados con rampas, elevadores y/u otros dispositivos para ayudar a las personas con discapacidades. Los operadores de autobuses hacen anuncios de paradas.
- El servicio de Metrorail, Metrobus y DASH es accesible para personas con discapacidades.

A. MARQUE SOLO UNA CASILLA:

- Puedo ir y venir de una parada de autobús de ruta fija o de una estación de Metrorail.
- No puedo ir y venir de una parada de autobús de ruta fija o una estación de Metrorail.
- Puedo ir y venir de una parada de autobús de ruta fija o de una estación de Metrorail, SOLO SI:

(Marque todo lo que corresponda)

1. Las rampas en las aceras tienen advertencias táctiles.
2. Tengo un asistente conmigo.
3. Necesito viajar menos de _____ pies desde o hacia la parada o estación.
4. Conozco la zona.
5. Recibo capacitación de viaje para las paradas y estaciones que uso.
6. Hay rampas de acceso a lo largo de la ruta hasta la parada.
7. Hay una acera.
8. El suelo está nivelado o ligeramente inclinado.
9. Hay escaleras con pasamanos en los cambios de nivel.
10. No hay escaleras.
11. El camino está libre de hielo, escombros u otras barreras.
12. Otros: _____

PARTE A

B. MARQUE SOLO UNA CASILLA:

- Puedo esperar afuera en una parada de autobús de ruta fija o en una estación de Metrorail.
¿Cuál es el período máximo que puedes esperar afuera? _____
- No puedo esperar afuera en una parada de autobús de ruta fija o en una estación de Metrorail.
- Puedo ir y venir de una parada de autobús de ruta fija o de una estación de Metrorail, SOLO SI:
:(Marque todo lo que corresponda)
 1. Hay un lugar donde sentarse.
 2. Hay un refugio.
 3. La espera no supera los _____ minutos.
 4. Otro: _____

C. MARQUE SOLO UNA CASILLA:

- Puedo reconocer de forma independiente mi destino y abandonar el vehículo.
- No puedo reconocer de forma independiente mi destino y salir del vehículo.
- Puedo reconocer mi destino y salir del vehículo, SOLO SI:
(Marque todo lo que corresponda)
 1. Recibo capacitación para viajar.
 2. El conductor o anunciador anuncia mi parada.
 3. El conductor me ayuda a entrar y salir del vehículo.
 4. Otro: _____

D. MARQUE SOLO UNA CASILLA:

- Puedo viajar en un autobús accesible que opera en una ruta fija.
- No puedo viajar en un autobús accesible que opera en una ruta fija.
- Puedo viajar en un autobús accesible que opera en una ruta fija, SOLO SI:
(Marque todo lo que corresponda)
 1. Tengo un asistente conmigo.
 2. Conozco la ruta.
 3. He recibido capacitación para viajar.
 4. Hay un asiento disponible.
 5. Todos los autobuses de mi ruta son accesibles.
 6. Otro: _____

PARTE A

E. MARQUE SOLO UNA CASILLA:

- Puedo usar Metrorail.
- No puedo usar Metrorail.
- Puedo usar Metrorail, SOLO SI:
(Marque todo lo que corresponda)
 1. Tengo un asistente conmigo.
 2. Conozco la ruta.
 3. He recibido capacitación para viajar.
 4. No hay escaleras.
 5. Hay escaleras con pasamanos.
 6. Los ascensores están funcionando.
 7. Hay un asiento disponible.
 8. Mi parada está claramente anunciada.
 9. Otro: _____

F. ¿Necesita un asistente que cuide de su persona cuando usted viaja? (Usted es responsable de proporcionar su asistente que cuide de su persona)

- Si No

G. Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿puede transferirse a un automóvil? Si No Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿está dispuesto a transferirse? Si No

Ayudas de Movilidad

¿Usará alguna ayuda para la movilidad cuando viaje en paratránsito?

- SI NO

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Botella de oxígeno | <input type="checkbox"/> Bastón blanco |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas bariátrica | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicaciones | <input type="checkbox"/> Andador |

PARTE A

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Scooter motorizado | <input type="checkbox"/> Tablero de transferencia | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Audífono | <input type="checkbox"/> Silla de embarque | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

Información sobre la discapacidad

¿Cuál es su discapacidad? _____

¿Hay algo más con respecto a su discapacidad que debemos tener en cuenta para poder brindarle un servicio de paratransito adecuado? Por favor, proporcione cualquier información que pueda ayudar.

Capacitación para viajes

La capacitación para viajes puede ayudarlo a usar los sistemas de autobuses de ruta fija y Metrorail para rutas específicas o para todas las rutas. Los profesionales de capacitación de viajes pueden estar disponibles para trabajar con usted (y su discapacidad específica) de forma gratuita. Para obtener más información sobre la capacitación para viajes, llame al (703) 746-4084 Voice o Virginia Relay al 711

- Por favor, marque aquí si está interesado/a en la capacitación en viajes.

Información de su Proveedor de Atención Médica

Nombre del proveedor de atención médica que llenará la Parte B: _____

Tipo de profesional de la salud (**Marque uno** – solo los profesionales a continuación están autorizados):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico licenciado | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta licenciado |
| <input type="checkbox"/> Optometrista licenciado | <input type="checkbox"/> Trabajador Social licenciado |
| <input type="checkbox"/> Enfermera (LPN o RN) | <input type="checkbox"/> Médico de la audición certificado |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo certificado | <input type="checkbox"/> Especialista en rehabilitación certificado |
| <input type="checkbox"/> Patólogo del habla certificado | <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional registrado |

PARTE A

Descargo de responsabilidad y firma

Certifico que mis respuestas son correctas a mi leal saber y entender y autorizo al profesional de la salud mencionado anteriormente, para que proporcione información a la Oficina de Servicios de Movilidad de la Ciudad de Alexandria.

Firma Fecha

<input type="radio"/> <i>no soy el solicitante, pero he completado esta solicitud en nombre del solicitante y certifico que la solicitud es correcta a mi leal saber y entender.</i>		
_____ Firma		_____ Relación con el solicitante
_____ Nombre en imprenta	_____ Fecha	_____ Número de teléfono diurno
_____ Dirección		_____ Apartment/Unit #
_____ Ciudad	_____ Estado	_____ ZIP Code

PART B

Request for Professional Information

You are being asked by the applicant named in Part A to provide information regarding his/her ability to use fixed route transit services. The DOT Paratransit program provides transportation services to Alexandria residents with disabilities who cannot use regular fixed route transit due to their disability. The information you provide will allow us to better evaluate the applicant's request and provide the most appropriate service.

To qualify for paratransit service, the applicant must be unable to use fixed route transit service due to a physical or mental disability. Fixed route transit includes Metrorail, Metrobus, and other fixed route services (for example, DASH and the Fairfax Connector). Metrorail, Metrobus and DASH service are accessible to individuals with disabilities.

Individuals Qualify for Paratransit Service if:

1. They cannot get on, rise, or get off a lift-equipped fixed route bus or Metrorail car due to their disabilities; and/or
2. They have specific impairment-related conditions that prevent them from getting to or from a fixed route bus stop or Metrorail station.

Please note: This does not include persons who find it uncomfortable or difficult to get to and from fixed route bus stops or Metrorail stations.

Please be certain to base your evaluation solely upon the applicant's **ability** to use fixed route transit. **Your certification should only consider the presence of a disabling condition.** Complete pages 8-10 in their entirety. You may be contacted if any questions remain.

1. I have read Part A in its entirety. Yes No

2. I agree with the information in Part A. Yes No

If no, please explain: _____

CONCLUSION: There are three categories of eligibility described in Part A of this application on page 2. You may conclude that the applicant can be included in one of these categories, or that he/she is not eligible for the Paratransit Program.

It is my professional opinion that the applicant, _____, has a disability and that the applicant **is OR** **is not (check one)** eligible for the City of Alexandria's Paratransit program.

PART B

COMPLETE EACH ITEM BELOW:

A. Has a specific impairment-related condition which prevents the applicant from traveling to or from Metrorail stations or fixed route bus stops.

Yes No

B. Needs the assistance of a wheelchair lift or other boarding assistance device and is able, with such assistance, to get on, ride and get off vehicles which are accessible to and useable by individuals with disabilities.

Yes No

C. Is unable, as the result of a physically (including a vision impairment) or mental impairment, and without the assistance of another individual (except the operator of a wheelchair lift or other boarding assistance device), to get on, ride, or get off vehicles on the transit system which are accessible to and usable by individuals with disabilities.

Yes No

Disability Information

1. Condition causing disability: _____

2. Severity: Mild Moderate Severe Profound

3. Expected duration of disability:

Temporary: Expected duration until _____ / _____ / _____

Long-term: Conditions with potential for improvement or long periods of remission.
Expected duration until _____ / _____ / _____

Permanent: Conditions with no expectation of improvement.

PART B

4. Are there any other effects of the disability that the City of Alexandria should be aware of? If so, please explain here:

5. Does the applicant require the assistance of a Personal Care Attendant to use paratransit service, which is provided by taxicabs and wheelchair-lift equipped vans? Yes No

I hereby certify that the above information is true. I understand that false certification may be reported to the licensing jurisdiction under the District of Columbia Code Annotated, Section 2-3305, Code of Virginia 54.1 – 2915, or Maryland Health Occupations Code Annotated 14-404 or the appropriate code for the state of license/certification.

Signature Date

Printed Name Daytime Phone Number

License/Certification Number Licensed State

Street Address Apartment/Unit #

City State ZIP Code