



DOT
PARATRANSIT

SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE PARATRÁNSITO DOT EN ALEXANDRIA

Este formulario es para personas que deseen solicitar la elegibilidad para el servicio de paratransito bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Las personas con discapacidades que les impide utilizar el transporte público pueden ser elegibles para utilizar los servicios de Paratransito DOT. Los clientes elegibles pueden estar obligados a recertificarse cada dos años.

La información obtenida en esta solicitud solo será utilizada por la Ciudad de Alexandria para evaluar su elegibilidad y garantizar la provisión de servicios de transporte adecuados.

Proceso de solicitud

1. Llene la Parte A de esta solicitud si cree que cumple los requisitos (ver "Elegibilidad" más abajo).
2. Complete i. o ii. abajo
 - i. Proporcione una copia, escaneo o foto de la parte frontal y posterior de su ID de MetroAccess. DOT se reserva el derecho de solicitar que se muestre personalmente un ID de MetroAccess a un personal designado.
 - ii. Lleve o envíe esta solicitud (Partes A y B) a su proveedor de atención médica para que complete la Parte B.
3. Presente el formulario de solicitud completado (Partes A y B) a la Ciudad:
Por correo: **City of Alexandria**
DOT Paratransit
123 N Pitt St, Suite 230
Alexandria, VA 22314
Por fax: **703.746.6433**
Por eMail: **paratransit@alexandriava.gov**
4. El DOT le notificará su estado de elegibilidad.
5. **Si no se le ha notificado en un plazo de 21 días desde que presentó su solicitud**, llame al 703.746.5222 Voice o al Virginia Relay 711. Si no se ha determinado su elegibilidad, será temporalmente elegible para el servicio de paratransito.

6. Si se le niega la elegibilidad, tiene derecho a apelar. Se le enviará la información sobre el proceso de apelación. Llame al 703.746.5222 Voice; o Virginia Relay 711 para más información.

Elegibilidad

Según ADA, hay tres categorías de personas elegibles para el servicio de paratransito. Cualquier persona con discapacidad cumple los requisitos que:

- A. No puede subir, viajar o bajar de un vehículo de transporte público accesible debido a una discapacidad física o mental; o
- B. Necesita la ayuda de un elevador para sillas de ruedas u otro dispositivo de asistencia y con esa ayuda puede subir, viajar y bajar de un vehículo accesible, PERO dicho vehículo no está disponible en la ruta cuando la persona quiere viajar; o
- C. Tiene una condición específica relacionada con una discapacidad (incluyendo visión, audición o discapacidades que causan desorientación) que impide el viaje hacia o desde una estación o parada en el sistema.

Una vez revisada su solicitud, el DOT designará un tipo de elegibilidad basado en la capacidad funcional de la persona para usar el transporte público, de la siguiente manera:

- **Elegibilidad incondicional** - Un solicitante cuya discapacidad le impide utilizar el sistema de autobús de recorrido fijo accesible en todas las situaciones.
- **Elegibilidad condicional** - Un solicitante cuya discapacidad le impide utilizar el sistema de autobús de recorrido fijo accesible cuando se presentan circunstancias específicas.
- **Elegibilidad temporal** - Un solicitante que está temporalmente discapacitado y necesita servicio por un corto periodo de tiempo.
- **Inelegible** - Un solicitante con una discapacidad que no le impida utilizar el servicio de autobús de recorrido fijo accesible según las definiciones de la ADA. Si un solicitante es denegado, DOT proporcionará una carta explicando los motivos de la resolución y el proceso para presentar una apelación.

Parte A

Contacto de emergencia

En caso de emergencia, ¿a quién deberíamos contactar?

Nombre: _____

Relación (familia, vecino, etc.) _____

Teléfono (trabajo): _____

Teléfono (móvil): _____

Ayudas para su movilidad

¿Necesita usar una ayuda para su movilidad mientras viaja?

SÍ NO

Si es así, compruebe todo lo que se aplica:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="checkbox"/> Botella de oxígeno | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas bariátrica
más de 30" de ancho y/o 42" de largo | <input type="checkbox"/> Tablero de Comunicaciones | |
| <input type="checkbox"/> Walker | <input type="checkbox"/> Scooter motorizado | |
| <input type="checkbox"/> Tablero de transferencia | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Audífono |
| <input type="checkbox"/> Silla de transporte | <input type="checkbox"/> Prótesis | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿está dispuesto a cambiar a un asiento en el vehículo?

SÍ NO

Parte A

Asistente de Cuidado Personal

¿Necesita un Asistente de Cuidado Personal cuando viaja? (Es responsable de proporcionar su Asistente de Cuidado Personal)

Sí

NO

Información sobre su discapacidad

¿Cuál es su discapacidad? _____

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

Capacitación para su Viaje

La capacitación para que realice su viaje puede ayudarle a utilizar los sistemas de recorrido fijo de autobús y Metrorail para rutas específicas o para todas las rutas. Profesionales de la capacitación pueden estar disponibles para trabajar con usted (y con su discapacidad específica) de forma gratuita. Para más información sobre la capacitación en viajes, llame al 703.836.5222 Voice o al Virginia Relay 711.

Por favor, llene el casillero si está interesado en la capacitación de viajes.

Autorización HIPAA para Solicitantes

Yo, _____, autorizo al proveedor de atención médica para que complete esta solicitud y facilite al servicio de Paratransito DOT de la ciudad de Alexandria cualquier información médica protegida sobre mi discapacidad para que puedan verificar mi elegibilidad para el servicio de Paratransito DOT. También autorizo la divulgación de más información si es necesaria para esta solicitud durante un periodo de 60 días desde la fecha de mi firma en la Parte A de esta solicitud.

Parte A

Aviso legal y firma

DOT se reserva el derecho de exigir información adicional a un proveedor de atención médica. Si DOT requiere información adicional de un proveedor de atención médica se le notificará y se le proporcionará el formulario necesario para que su proveedor lo complete.

Certifico que mis respuestas son correctas según mi mejor conocimiento.

Firma

Fecha

No soy el solicitante, pero he completado esta solicitud en nombre del solicitante y certifico que, según mi conocimiento, la solicitud es correcta:

Firma

Relación con el solicitante

Nombre impreso

Fecha

Teléfono diurno

Describe a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar este formulario:

Parte B

Prueba de discapacidad que afecta el acceso al servicio de recorrido fijo

Solicite a su proveedor de atención médica completar la Certificación de Proveedor de Salud que aparece a continuación O proporcione una copia, escaneo o foto de la parte delantera y posterior de su ID de MetroAccess.

DOT se reserva el derecho de solicitar que se muestre personalmente un ID de MetroAccess a un personal designado. Se le notificará si DOT exige que su ID de MetroAccess se muestre personalmente como parte del proceso de revisión de su solicitud.

Certificación del Proveedor de Salud

Nombre del Proveedor de Salud:

Teléfono:

Número de Licencia / Estado o Distrito emitido:

Dirección y Suite #:

Ciudad, Estado, Código postal:

Especialización:

Parte B

1. ¿El solicitante necesita un Asistente de Atención Personal cuando viaja?
 SÍ NO
2. ¿El solicitante necesita alguna ayuda de movilidad cuando usa el servicio de paratransito?
 SÍ NO

Si es así, compruebe todo lo que se aplica:

- Silla de ruedas manual Animal de Servicio Bastón
 - Silla de ruedas motorizada Botella de oxígeno
 - Bastón Blanco Silla de ruedas bariátrica
 - Tablero de Comunicaciones Walker Scooter motorizado
 - Tablero de transferencia Muletas Audífono
 - Silla de transporte Prótesis
 - Otros: _____
3. ¿Cuál es la duración prevista de la discapacidad?
 - Temporal: Duración prevista hasta _____ / _____ / _____
 - A largo plazo: Condiciones con potencial de mejora o largos periodos de remisión.
Duración prevista hasta _____ / _____ / _____
 - Permanente: Condiciones sin expectativa de mejora.

4. ¿La discapacidad del solicitante le impide usar de forma independiente el sistema accesible de autobús DASH para algunos o todos los viajes?
 SÍ NO

Si es así, ¿cómo afecta la discapacidad del solicitante la posibilidad de viajar de forma independiente en el sistema de transporte público accesible?

Parte B

5. Si el solicitante está actualmente tomando medicación(es), ¿los efectos secundarios reducirán o dificultarán significativamente su capacidad para usar de forma independiente el sistema de transporte público accesible?

SÍ NO N/A

Si es así, por favor explique cómo los efectos secundarios dificultarían la capacidad del solicitante para utilizar el sistema de transporte público accesible:

En función de la(s) discapacidad(es) del solicitante(s), por favor explique si los siguientes factores ambientales afectan a su capacidad para utilizar el sistema de transporte público accesible.

6. Extremos de temperatura

SÍ NO

Por favor, explique cómo:

7. Hielo y/o nieve

SÍ NO

Por favor, explique cómo:

8. Mala calidad del aire

SÍ NO

Por favor, explique cómo:

Parte B

9. En su opinión médica, ¿qué otros factores relacionados con la(s) discapacidad(es) del solicitante afectan a su capacidad para usar el sistema de transporte accesible?

Firma del Proveedor de Salud

Certifico que he completado las preguntas de la Parte B y que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma

Fecha

Nombre impreso