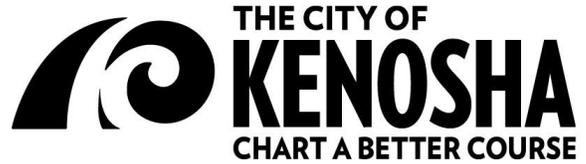


Solicitud de ADA Paratransit



El servicio de Paratransit de la Ciudad de Kenosha (conocido como Care-A-Van) es un servicio de transporte público puerta a puerta para personas que no pueden acceder a un autobús de ruta fija debido a una discapacidad física o mental. Todos los autobuses son accesibles para personas que utilizan sillas de ruedas u otros dispositivos de ayuda para caminar. Este servicio está pensado sólo para los viajes que la persona no puede realizar en el sistema de autobuses. Contestar esta solicitud le ayudará a definir cuándo y bajo qué circunstancias usted puede utilizar Care-A-Van. **Antes de contestar esta solicitud, por favor lea los lineamientos adjuntos que describen con mayor detalle la elegibilidad para el servicio de ADA Paratransit.**

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR ESTE FORMULARIO:

El solicitante (o alguien que le ayude) debe contestar todo el paquete excepto la sección de verificación médica. **Un médico con licencia debe contestar y firmar la página de verificación médica.**

Se deben contestar todas las preguntas y deben firmar la solicitud el solicitante (o su representante legal) y un médico. Se devolverán las solicitudes incompletas.

Si necesita ayuda para contestar el formulario, o tiene cualquier duda sobre el servicio de ADA y la elegibilidad, comuníquese a nuestra oficina al:

(262)653-4290

UNA VEZ CONTESTADO, POR FAVOR DEVUELVA TODO EL FORMULARIO A:

Kenosha Area Transit
4303 39th Avenue
Kenosha, WI 53144
FAX: (262)653-4295

Estimado solicitante:

Hay dos estándares de elegibilidad para ADA Paratransit:

1. Su discapacidad **le impide** utilizar el sistema (es decir, subir, viajar, o bajar del autobús) sin la ayuda de otra persona. Tenga en cuenta que todos los autobuses de Kenosha Area Transit están equipados con rampa para ayudar a personas con silla de ruedas o con aparatos auxiliares para caminar.
2. Su discapacidad **le impide** viajar hacia o desde una parada de autobús.

Si usted siente que su discapacidad puede incluirse en uno de estos requisitos, por favor continúe con este formulario de solicitud. Si usted no cumple con los criterios definidos en este documento, póngase en contacto con Kenosha Area Transit al (262)653-4287 para obtener más información sobre el servicio de autobús de ruta fija.

Hay tres tipos de elegibilidad para ADA Paratransit:

1. Incondicional: se otorga este derecho si su discapacidad le impide utilizar el servicio de autobús de Kenosha Area Transit para cualquier viaje que usted necesite realizar.
2. Condicional: se otorga este derecho si usted puede utilizar autobuses algunas veces, pero necesita un servicio de camioneta en ciertas circunstancias.
3. Temporal: se otorga este derecho si usted experimenta una pérdida temporal de la capacidad funcional y es probable la recuperación en un corto plazo.

La información proporcionada sobre su discapacidad se mantendrá de manera estrictamente confidencial. El personal de Kenosha Area Transit revisará su solicitud y determinará su elegibilidad. Es importante que conteste totalmente su solicitud. Se devolverán todas las solicitudes incompletas. Se procesan las solicitudes debidamente presentadas en un plazo de 21 días contados a partir de su recepción. Si no recibe contestación después de 21 días, por favor llame y le proporcionaremos servicio hasta que se procese su solicitud. Tenga en cuenta que en algunos casos no podemos determinar su elegibilidad sin contar con información adicional. La presentación de esta solicitud no garantiza la elegibilidad. Se notifica por escrito a los solicitantes (vía correo) sobre la aprobación o negación de derechos, y los motivos en caso de negación. En caso de negación de elegibilidad, abajo se presenta una descripción del proceso de apelación y también se incluye con la determinación por escrito. Si se determina que usted es elegible para el servicio de ADA, se le enviará una guía de Care-A-Van Paratransit, junto con su tarjeta de identificación de Kenosha Area Transit.



SOLICITUD DE SERVICIOS DE PARATRANSIT
Formulario #KAT001 (rev. 06/20)

SECCIÓN UNO

ESCRIBA A MANO O A MÁQUINA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA	
ID del Cliente	_____
Fecha de recepción	_____
Fecha de envío	_____
Estado	_____
Categoría	_____
Fecha de vigencia	_____
Fecha de expiración	_____

1. Apellido _____

Primer nombre _____ Segundo nombre _____

2. Dirección _____

Escriba el nombre de la instalación si es pertinente

Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal (ZIP) _____

3. Número de teléfono *(el mejor número para localizarle)* (_____) _____

4. Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

5. ¿Está recibiendo Medicaid (tarjeta Forward)? ***(No confundir con Medicare)***
 SÍ NO

¿Está inscrito en un programa de atención de largo plazo? SÍ NO
 Family Care Partnership IRIS
 Community Care My Choice/Care Wisconsin ICare

Responda con todo detalle las siguientes preguntas. Las respuestas específicas ayudan en la determinación de su elegibilidad. Se devolverá la solicitud que esté incompleta.

6. a) Describa la **discapacidad** que **le impide** usar el autobús de Kenosha Transit

b) ¿Es temporal esta afección? SÍ NO

c) En caso afirmativo, fecha en que se espera que la afección mejore: ___ / ___ / ___

7. Por favor marque la opción que describa mejor su situación actual de vida:

- Instalación de enfermería especializada, de rehabilitación, o de asistencia para la vida
- Recibo de parte de alguien ayuda en mi casa con las actividades de la vida diaria
- Vivo con familia o amigos que me ayudan
- Vivo independientemente (sin la ayuda de otra persona)

8. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos frecuentes (*marque todas las que correspondan*):

- Conduzco yo mismo/a Alguien conduce por mí Autobús de la ciudad Taxi
- Otro (explique por favor) _____

Kenosha Area Transit se compromete a proporcionarle la forma de viaje más independiente y económica. Responda las siguientes cuatro preguntas para ayudar a identificar si el uso del autobús de la ciudad, con la capacitación adecuada, puede ser una opción.

9. ¿Puede actualmente utilizar los autobuses de Kenosha Area Transit (ciudad) para sus necesidades de transporte?

- Sí No No sé - Por favor explique:

10. ¿Usted puede desplazarse hasta una parada de autobús?

- SÍ NO - Marque todas las que correspondan:

- No puedo encontrar la parada porque me confundo.
- No puedo viajar hasta la parada de autobús sin ayuda de otra persona.
- No puedo cruzar la calle.
- La lluvia o nieve intensas me imposibilitan llegar.
- Otra: _____

11. Por favor conteste todas las siguientes preguntas sobre su movilidad, incluyendo durante el uso de un dispositivo de movilidad:

¿Puede viajar sin ayuda desde su residencia hasta la acera o borde del camino?

- SI NO A veces _____

¿Qué tan lejos puede desplazarse sin la ayuda de otra persona?

- 1 cuadra 2-4 cuadas 6-8 cuadas

¿Puede esperar fuera por 10 minutos sin ayuda de otra persona?

- SI NO A veces _____

12. ¿Estaría interesado en recibir capacitación y prácticas sobre el servicio de autobús de Kenosha Area Transit (ciudad)? Hay personal disponible para capacitarle sobre el autobús urbano.

Sí NO

SECCIÓN DOS

NOTA: Todos los conductores de Care-A-Van, si se les solicita, ayudan a los pasajeros a subir o a bajar del autobús y llegar hasta la puerta de su destino.

1. ¿Necesita que el conductor de Care-A-Van le ayude a subir o bajar del autobús?

Sí No

2. Cuando viaja, ¿necesita que alguien (denominado Asistente de Cuidado Personal - ACP) viaje con usted para proporcionar asistencia más allá de la ayuda básica que los conductores de Care-A-Van puedan proporcionar?

- Siempre (Debe siempre contar con un ACP que viaje con usted)
 A veces (Es posible que necesite un ACP para viajar con usted de vez en cuando)
 Nunca (No necesita un ACP que le acompañe)

3. Si respondió "Siempre" o "A veces" a la pregunta 1, ¿qué tipo de asistencia proporcionará su Asistente de Cuidado Personal (ACP) (marque todas las que correspondan)?

- Viaje desde el autobús hasta mi destino Comunicación
 Ayuda con Medicamentos/Equipos Transferencia desde mi dispositivo de movilidad
 Otro: _____

4. ¿Cuenta usted con una persona designada para viajar con usted como su Asistente de Cuidado Personal?

- Sí Proporcione el nombre del ACP _____
 No, pero necesito que alguien viaje conmigo.
 N/D

*Tenga en cuenta que: Si necesita a un asistente para sus viajes, esa persona, conocida como Asistente de Cuidado Personal, puede viajar con usted en Paratransit sin cargo adicional. El conductor proporciona un Asistente de Cuidado Personal y **no** se le considera un acompañante. Los acompañantes deben pagar la tarifa.*

5. ¿Cuál de los siguientes dispositivos de ayuda para la movilidad utilizará al viajar en Care-A-Van? (marque su principal dispositivo de movilidad)

- Silla de ruedas manual Scooter eléctrico Animal guía Bastón
 Silla de ruedas eléctrica Andadera Bastón blanco Muletas

El Care-A-Van puede aceptar una silla de ruedas de 32" de ancho por 48" de largo.

6. Si utiliza una silla de ruedas o un scooter eléctrico de gran tamaño, proporcione la siguiente información:

Marca/Modelo _____ Tamaño: Longitud _____ Ancho _____

¿El peso total de la silla de ruedas o scooter y usted supera las 600 libras?

- SÍ NO

Tenga en cuenta que el proveedor de Paratransit hará todo lo posible para aceptar su dispositivo de movilidad, siempre y cuando no interfiera con los requisitos de seguridad.

7. Conteste todas las siguientes preguntas sobre sus habilidades:

¿Puede dar su dirección, destino y número de teléfono si se lo preguntan?

- SI NO A veces _____

¿Puede reconocer un destino o punto de referencia?

- SI NO A veces _____

¿Puede pedir, entender y seguir instrucciones?

- SI NO A veces _____

¿Utiliza alguna ayuda de comunicación?

- SÍ NO Si es "SÍ", especificar: _____

Anote el nombre de una persona que pueda ser contactada en caso de emergencia:

Nombre: _____ Tel.: _____

Relación: _____

¿Necesita que la información y los materiales que le proporcionamos le sean enviados en cualquiera de las siguientes maneras? (por favor marque todas las que correspondan)

- Letra grande Email Otro: _____

Si el email es el método de comunicación preferido, proporcione su dirección de email.

Email: _____

Declaración de certificación y Autorización de divulgación de información médica (Solicitante)

Comprendo que el propósito de este formulario de evaluación es determinar si hay ocasiones en que yo no pueda utilizar el servicio de autobús de Kenosha Area Transit y deberé utilizar el servicio de Paratransit. Comprendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá de manera confidencial y será compartida únicamente con los profesionales relacionados con la evaluación de mi elegibilidad. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en este formulario de evaluación es verdadera y correcta. Comprendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en que se vuelva a revisar mi estado de elegibilidad, así en como otras acciones por parte de Kenosha Area Transit.

Por este medio autorizo al profesional señalado a continuación a proporcionar a Kenosha Area Transit la información requerida. Certifico que es correcta la información proporcionada aquí y en las páginas anteriores. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la negación del servicio.

Firma del solicitante (OBLIGATORIA): _____ Fecha: _____
El ACP puede firmar a nombre del solicitante

Nombre del médico: _____

Instalación: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

**Enviar por correo o fax este formulario
CONTESTADO a:**

Kenosha Area Transit
4303 39th Avenue
Kenosha, WI 53144
(262)653-4290
(262)653-4295 (FAX)

Tenga en cuenta alguien se comunicará con usted por teléfono si necesita ser evaluado en persona. Los solicitantes reciben una carta en un plazo de 21 días contados desde la recepción de la solicitud **completa** señalando una determinación. Si se le es niega el servicio, se proporciona información sobre el proceso de apelación.

ESTO TERMINA LA PARTE DEL FORMULARIO QUE DEBE SER CONTESTADA POR EL SOLICITANTE. LA ÚLTIMA SECCIÓN (EN LA SIGUIENTE PÁGINA) DEBE SER CONTESTADA Y FIRMADA POR UN MÉDICO CON LICENCIA.

COMPROBACIÓN MÉDICA: debe ser contestada por un médico con licencia EXCEPTO cuando sea llenada por unas instalaciones de cuidado de largo plazo, en cuyo caso puede ser contestada por una enfermera registrada.

El servicio Paratransit Care-A-Van es un servicio de transporte público puerta a puerta para las personas que no pueden viajar en un autobús de ruta fija debido a una discapacidad. El/la solicitante que le ha pedido revisar y firmar este formulario está solicitando a Kenosha Area Transit ser considerado/a elegible para este servicio. El servicio de Paratransit está pensado para los viajes que la persona no puede realizar en el sistema de autobuses.

Este formulario está diseñado para determinar **las ocasiones y las circunstancias, en que el solicitante puede utilizar los autobuses de Kenosha Area Transit y las ocasiones en que requiere el servicio de Paratransit.**

Nombre del solicitante: _____

Revise cuidadosamente la información proporcionada por el solicitante y conteste **TODAS** las siguientes preguntas. Se devolverán las secciones incompletas del médico.

a) Describa la condición física o cognitiva que funcionalmente impide al solicitante el uso del servicio normal de autobús de Kenosha Area Transit (considere que los autobuses de Kenosha Area Transit están equipados con rampas para sillas de ruedas).

b) A su leal saber y entender, ¿la información proporcionada es verdadera y correcta?

Sí No - Señale a continuación las excepciones:

Escriba el nombre y título del médico: _____

Firma del médico: _____ Fecha _____ / _____ / _____

N.º de Licencia Médica del estado de Wisconsin: _____

Nombre del Negocio: _____

Dirección postal: _____

Ciudad / Estado: _____ Zip Code: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____ Número de Fax: (_____) _____ - _____

Apelaciones

Puede apelar una decisión si se le niega el transporte, certificación o se le aprueba el transporte temporal solamente. Para presentar una apelación, debe comunicarse con el Director de Kenosha Area Transit en menos de 60 días contados a partir de la negación y explicar que desea apelar y por qué considera que la decisión estuvo equivocada.

Envíe las apelaciones por escrito a:

Kenosha Area Transit
ATN: Director de Transporte
4303 39th Avenue
Kenosha, WI 53144
Voz: (262)653-4290
FAX: (262)653-4295
Email: transit@kenosha.org

Audiencia de apelaciones

Las apelaciones se entregan a la Comisión de transporte. Según cada situación, pueden optar por:

- Anular o cambiar las condiciones de la decisión original.
- Dar permiso de uso de Paratransit para viaje/s específico/s.
- Programar una audiencia para que se vuelva a evaluar el caso por parte de un representante de Kenosha Area Transit. En este caso, usted tiene derecho a estar presente y pueden asistir personas adicionales para apoyarle.

Si no se toma una decisión en un periodo de 30 días a partir de su solicitud de apelación, se le permitirá viajar en Paratransit hasta que se tome la decisión final.

Pasajeros que no viven en el condado

Los pasajeros de fuera del Condado de Kenosha pueden viajar en Paratransit en cualquier combinación de 21 días durante un periodo de 1 año. Los visitantes deben mostrar documentos de certificación para viajar en Paratransit de parte de su sistema local de tránsito o proporcionar la documentación de su lugar de residencia y prueba de su discapacidad (es decir, carta de un médico explicando la razón que le impide utilizar los servicios de ruta fija). Después de 21 días, los visitantes deben presentar una solicitud para continuar utilizando Paratransit de Kenosha.