

# East Bay Paratransit

1750 Broadway  
Oakland, CA 94612

## Solicitud de elegibilidad en el marco de la Ley sobre estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)

### Información personal o de contacto (en letra de imprenta)

#### Nombre

Apellido

Primero

Segundo

Teléfono durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono durante la tarde (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Línea TDD/TTY (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Mujer  Hombre

Lengua materna (*marcar*)  Inglés  Otro (*especificar*) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
Número Calle N.º de apartamento

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

#### Dirección postal en caso de que sea diferente del domicilio

A/C: \_\_\_\_\_

Número Calle N.º de apartamento o Apartado postal

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Contacto en caso de emergencia

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono durante el día (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono durante la tarde (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono: (510) 287-5000 o Fax: (510) 287-5069

[www.eastbayparatransit.org](http://www.eastbayparatransit.org)

# Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

## Infórmenos sobre su discapacidad o problema médico relacionado con la salud

Responda las siguientes preguntas detalladamente. Sus respuestas específicas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Qué discapacidad o afección de salud incapacitante le **IMPIDE** utilizar los servicios del Distrito de Transporte de Alameda-Contra Costa (Alameda-Contra Costa Transit District, AC Transit) o del Distrito de Transporte Rápido del Área de la Bahía (Bay Area Rapid Transit District, BART) sin la asistencia de otra persona?  

---

---

---

---

---
2. Explique **CÓMO** la discapacidad o las afecciones de salud incapacitantes que describió anteriormente le impiden utilizar AC Transit o BART sin la asistencia de otra persona.  

---

---

---

---

---
3. ¿Cuándo tuvo por primera vez las afecciones descritas anteriormente?  
 Hace menos de 1 año    Hace entre 1 y 5 años    Hace más de 5 años
4. Estas afecciones que describió, ¿cambian cada día de forma que afectan su capacidad para utilizar AC Transit o BART?  
 Sí, algunos días uso estos servicios y otros días no.  
 No, no cambian.  
 No lo sé.
5. Las afecciones que describió son:  
 Permanentes                       Temporarias                       No lo sé  
*Si son temporarias, ¿por cuánto tiempo cree que continuarán? \_\_\_\_\_ meses.*

# Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

## Infórmenos sobre sus capacidades y actividades frecuentes

6. ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos especializados o dispositivos de ayuda para la movilidad? *(Marque todo lo que corresponda):*
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno                            | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica  | <input type="checkbox"/> Dispositivos de comunicación      |
| <input type="checkbox"/> Bastón                             | <input type="checkbox"/> Animal de servicio         | <input type="checkbox"/> Andador                           |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco                      | <input type="checkbox"/> Muletas                    | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual            |
| <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico                  | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para piernas |
| <input type="checkbox"/> Segway<br>(transportador personal) | <input type="checkbox"/> Otro tipo de asistencia    |  |
7. ¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_
8. Marque la casilla que mejor describa su situación actual:
- Vivo de forma independiente (sin la asistencia de otra persona).
  - Recibo atención durante las 24 horas o asisto a un centro de enfermería especializada.
  - Vivo con miembros de mi familia que me ayudan.
  - Asisto a un centro de vivienda asistida.
  - Recibo asistencia de una persona que viene a mi hogar para ayudarme con mis actividades cotidianas
9. ¿Qué distancia puede caminar o transportarse en su silla de ruedas o scooter sin recibir ayuda de otra persona?
- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| Menos de 1 cuadra _____ | De 3 a 6 cuadras _____ |
| Hasta 2 cuadras _____   | 7 cuadras o más _____  |
10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación si tuviera que esperar a la intemperie para que alguien lo lleve? *(Marque solo una opción):*
- Podría esperar solo/a de diez a quince minutos.
  - Podría esperar solo/a de diez a quince minutos únicamente si tuviera algún asiento o albergue.
  - Necesitaría que alguien me acompañara porque \_\_\_\_\_
- 
11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación? *(Marque solo una opción):*
- Nunca usé AC Transit o BART.
  - Usé AC Transit y/o BART, pero no lo hago desde el inicio de mi discapacidad o problema de salud.
  - Usé AC Transit y/o BART en los últimos seis meses.

# Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

## Infórmenos sobre sus necesidades de transporte

12. ¿Cómo viaja a sus destinos frecuentes actualmente? Marque todo lo que corresponda.

- Autobuses AC Transit o autobús del programa  
(marque con un círculo el que utilice).  
¿Cuántas veces por mes? \_\_\_\_\_
- BART ¿Cuántas veces por mes? \_\_\_\_\_
- Transporte alternativo East Bay, City u otro programa  
(marque con un círculo el que utilice).  
¿Cuántas veces por mes? \_\_\_\_\_
- Taxi Programa de vales o pago completo de la tarifa  
(marque con un círculo el que utilice).  
¿Cuántas veces por mes? \_\_\_\_\_
- Manejo solo/a ¿Cuántas veces por mes? \_\_\_\_\_
- Otra persona maneja ¿Cuántas veces por mes? \_\_\_\_\_

13. ¿Puede ir a la parada de AC Transit más cercana y volver de ésta a su hogar solo/a?

- Sí  No  A veces  No sé dónde está la parada.

Si la respuesta es no o a veces, marque el motivo:

- Cuestas  Bordillos  No hay aceras  Clima  
 Distancia hasta la parada  Cruces de calles  Otro \_\_\_\_\_

14. ¿Puede agarrar picaportes, pasamanos, monedas y boletos?

- Sí  No  A veces  No lo sé, nunca lo

intenté Si la respuesta es no o a veces, explique el motivo:

\_\_\_\_\_

15. ¿Puede pararse y mantener el equilibrio en un autobús AC Transit o en un tren BART en movimiento si se sostiene de un poste o pasamano?

- Sí  No  A veces  No lo sé, nunca lo intenté

Si la respuesta es no o a veces, explique el motivo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Solicitud de elegibilidad en el marco de la ADA para los servicios de East Bay Paratransit

16. Proporcione la dirección de los lugares a los que viaja con más frecuencia.  
(Por ejemplo, médico/a, fisioterapeuta, tiendas y demás lugares).

Lugar	Dirección	Ciudad	Número de teléfono (si lo tiene)

17. Agregue cualquier otro tipo de información que le gustaría que sepamos sobre sus capacidades o discapacidades.

---



---



---



---



---

18. East Bay Paratransit proporciona material en distintas formas para aquellas personas cuyas discapacidades les impiden leer materiales impresos. Si usted lo necesita, marque el formato que prefiere:

- Correo electrónico Dirección de correo electrónico en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
 Braille  
 Archivo de texto en CD  
 Cinta de audio

19. Recibe beneficios de Medi-Cal?  Sí  No

Si la respuesta es sí, proporcione su número de Medi-Cal: \_\_\_\_\_

20. ¿Cómo se enteró de East Bay Paratransit?

- Personal de EBPT  Usuario de EBPT  Periódico  Feria de la salud  
 Profesional de la salud  Centro Regional para East Bay (RCEB)  
 Otro: \_\_\_\_\_

## Certificación para asistente de atención personal

Un asistente de atención personal es la persona que usted necesita para que lo ayude con sus actividades cotidianas (alimentarse, vestirse, higienizarse, ubicarse, etc.). Un asistente no siempre tiene que ser la misma persona.

Los conductores de East Bay Paratransit no son asistentes de atención personal y East Bay Paratransit tampoco proporciona asistentes.

¿Usted viaja con un asistente de atención personal?  Sí  No  A veces

Si la respuesta es sí o a veces, complete toda la información a continuación y firme. **East Bay Paratransit se reserva el derecho de comunicarse con su profesional de atención de salud para verificar si necesita un asistente.**

### En letra de imprenta

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Explique cómo lo ayuda su asistente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Verificación

Certifico que, debido a mi discapacidad, requiero los servicios de un asistente de atención personal para que me ayude regularmente y viaje conmigo en East Bay Paratransit.

**Comprendo que la solicitud fraudulenta de viajar con un asistente para evitar el pago de un boleto para un acompañante puede provocar la suspensión del servicio.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Autorización para la divulgación de información

*(El solicitante la debe completar)*

**Comprendo que quizás sea necesario comunicarse con un profesional familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar AC Transit o BART para que colabore en la determinación de elegibilidad.**

Por la presente autorizo al siguiente profesional titulado (médico/a, terapeuta, trabajador social, etc.), quien puede verificar mi discapacidad o problema médico relacionado con la salud, a divulgar esta información a East Bay Paratransit. Esta información se utilizará solo para verificar mi elegibilidad para los servicios de transporte alternativo. Comprendo que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización y que puedo revocarla en cualquier momento.

**Nombre del profesional que puede divulgar mi información médica:**

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

N.º de expediente médico o de identificación, si lo sabe \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_  
En letra de imprenta

## Certificación del solicitante

**Certifico** que la información en esta solicitud es **verdadera y correcta**. Comprendo que la falsificación intencional de la información ocasionará la negación del servicio. Comprendo que toda la información será confidencial y que solo la información requerida para brindar los servicios que solicito se divulgará a las personas que prestan dichos servicios.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

¿Alguien lo ayudó a completar este formulario?  Sí  No

¿Podemos comunicarnos con esta persona para obtener información adicional?  Sí  No

Firma de la persona que ayuda al solicitante a completar el formulario \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

**Comuníquese con el Departamento de Certificación al (510) 287-500 y presione 5 cuando escuche el mensaje grabado para programar la entrevista de evaluación personal.**

**Traiga su solicitud ADA completa y firmada a la entrevista.**