



**COMISION DE TRASPORTE DEL CONDADO DE VENTURA  
PROGRAMA DE CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD ADA  
SOLICITUD PARA CERTIFICACION**

Certifico que la información dada en esta solicitud es completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que se me puede requerir que asista en-persona a una entrevista y evaluación antes de hacer la determinación de mi elegibilidad. Entiendo que si se determina que no soy elegible para el servicio paratransito ADA, puedo apelar la determinación dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que reciba la determinación, por escrito, y que seré asesorado acerca del procedimiento para dicha apelación.

Adicionalmente autorizo a la persona que firma abajo para dar información a la Comisión de Transporte del Condado de Ventura, acerca de mi incapacidad, para verificar mi elegibilidad para servicio de paratransito ADA. La información proporcionada se usará solamente para determinar mi elegibilidad para servicios de paratransito ADA.

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_

Dirección del Doctor \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zona Postal Del Doctor \_\_\_\_\_

Teléfono del Doctor \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma de conservador/guardián legal\* Fecha

(XXX) XXX-XXXX

\_\_\_\_\_  
Nombre del conservado/guardián legal\* Numero del telefono #

Un conservador es una persona legalmente autorizada para firmar los documentos médicos por parte del solicitante y para recibir información sobre aplicación de ADA. El solicitante no tendrá que designar un conservador. Si un conservador no es notado en la aplicación, nadie además del solicitante podrá obtener información sobre el estatus de su aplicación.

Un contacto de emergencia es requerida para cada aplicación ADA. El contacto de emergencia y conservador puede ser la misma persona(s), en cuyo caso por favor de escribir el nombre de la persona y la información de contacto en ambas secciones (conservador y contacto de emergencia).

Por favor mande la solicitud debidamente llenada a:

**Ventura County Transportation Commission  
ATTN: ADA Certification Coordinator  
4036 Adolfo Road  
Camarillo, CA 93012**

**o la puede mandar por fax al 1-888-667-7002**

Se tiene preguntas referentes a esta solicitud, llame al 1-888-667-7001

El Acto de Americanos con Incapacidades (The Americans with Disabilities Act) (ADA) requiere que los operadores de transporte público proporcionen el servicio de tránsito a las personas que tienen una discapacidad que les impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija. Esta solicitud debe ser completada por usted o alguien en su nombre.

La siguiente solicitud debe llenar la usted o alguien a nombre de usted.

Por favor imprima o escriba claramente.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Calle donde vive

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Zona Postal

(XXX) XXX-XXXX (XXX) XXX-XXXX

\_\_\_\_\_  
Telefono de su casa Numero del telefono alterativo

Fecha de nacimiento MM / DD / YYYY Medi-Cal # XXXXX

¿Cuales son sus necesidades/destinos de transporte?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medico            | <input type="checkbox"/> Amigos/Familia (Sociales) |
| <input type="checkbox"/> Compras           | <input type="checkbox"/> Empleo                    |
| <input type="checkbox"/> Recados Generales | <input type="checkbox"/> Otro                      |

¿Tiene planes de viajar fuera de su ciudad de residencia?

- Si  No

1. ¿Cual es la naturaleza de la incapacidad o condición que usted cree le hace elegible para el servicio de paratransito ADA? Cheque todos los que apliquen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Incapacidad Mental/Cognoscitiva              |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Desarrollo     | <input type="checkbox"/> Incapacidad Visual                           |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Osea/Muscular   | <input type="checkbox"/> Incapacidad Auditiva                         |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Neurológica     | <input type="checkbox"/> Afección Respiratoria                        |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Otras Incapacidades (por favor especifique): |

---

---

2. ¿Ha sido documentada su incapacidad por un médico?  Sí  No

3. Por favor describa como su condición/incapacidad limita su habilidad para usar el sistema regular de tránsito.

---

---

---

---

---

---

4. ¿Es temporal su incapacidad?  Sí  No

Si es así, fecha de duracion esperada: \_\_\_\_\_

5. ¿Alguna vez ha utilizado el transporte publico?  Sí  No

6. ¿Qué tipo de transportación usa usted ahora?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Auto privado                       | <input type="checkbox"/> Taxi                         |
| <input type="checkbox"/> Autobús                            | <input type="checkbox"/> Tren                         |
| <input type="checkbox"/> Lláme por Transporte (Dial-A-Ride) | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) |

---

7. ¿Pueda usted independientemente llegar á y/o regresarse de una parada de autobus regular?  Sí  No

8. ¿Pueda usted independientemente abordar o bajarse de un autobús regular de tránsito sin ayuda?  Sí  No

9. ¿Usted utiliza un aparato de la movilidad?  Sí  No

Si la respuesta es si, marque todo lo que sea aplicable.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas             | <input type="checkbox"/> Baston Blanco                      |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Elèctrica   | <input type="checkbox"/> Muletas                            |
| <input type="checkbox"/> Carrito Elèctrico (Scooter) | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio                 |
| <input type="checkbox"/> Andador                     | <input type="checkbox"/> Oxigeno                            |
| <input type="checkbox"/> Baston                      | <input type="checkbox"/> Otro (Por favor expecifique) _____ |

10. ¿Hasta donde pude usted caminar o viajar? (ej: 1 miila, 30 minutos).

---

11. ¿Requiere usted un ayudante personal?  Sí  No

12. ¿Pueda usted leer y entender un horario de autobus?  Sí  No

13. ¿Seria Capuz de utilizar el autobus de la ciudad despues de un entrenamiento especial?  Sí  No

Por favor dé el nombre de la persona a quien se puede llamar en una emergencia. **(Requerido)**

Nombre\* \_\_\_\_\_ Parentezco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Cuidad, Estado, Zona Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Si alguien le ha ayudado a llenar esta solicitud, por favor dé la siguiente información:

Nombre\* \_\_\_\_\_

Agencia (si aplica) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, pongase en contacto con esta persona.

**\*Esta persona no tendra acceso a informacion acerca del solicitante al menos que tambien esta en la lista como conservador/guardian legal.**