



Ventura County  
Transportation  
Commission

**Nota: El botón de envío de este formulario puede no funcionar en todos los navegadores de Internet. Si no responde, guarde el archivo en su computadora local y vuelva a abrirlo con Adobe PDF Reader.**

# Solicitud para el Programa de Certificación de Elegibilidad ADA

## Solicitud para el Programa de Certificación de Elegibilidad ADA

Nuevo/a Solicitante       Recertificación

Si es una recertificación, por favor incluya el número actual ADA de identificación:

Nombre Completo del/la Solicitante:

Domicilio Residencial:

Apto. #/Unidad:

Ciudad

Estado

Código Postal:

Domicilio Postal: (si es distinto):

Apto. #/Unidad:

Ciudad

Estado

Código Postal:

Teléfono del Hogar:

Teléfono Alternativo:

Fecha de Nacimiento:

Lenguaje Preferido:

Género/Sexo:

Domicilio Electrónico:

Medi-Cal #

## Información del Contacto de Emergencia:

Nombre Completo:

Relación:

Domicilio:

Número de Teléfono:

Teléfono Alternativo:

**Si esta solicitud fue completada por alguien que no sea el/la solicitante, por favor llene lo siguiente:**

Nombre/Apellido:

Agencia

Número de Teléfono:

\* Esta persona no podrá acceder la información relacionada con esta solicitud a menos que también esté listada como custodio/a legal

Por favor note que: Si usted califica y cuando usted califique para la certificación del decreto ADA, no será una garantía de que los servicios de origen hasta el destino estarán disponibles en su área de servicio. Por favor hable con su operador local de transporte paratransito para verificar qué áreas están cubiertas. A discreción de la empresa de transporte paratransito, las limitaciones también pueden aplicar donde el vehículo de transporte paratransito no pueda navegar con seguridad de/a una ubicación específica.

**Los siguientes términos pueden usarse durante el proceso de la solicitud y se definen como sigue:**

*Asistente de Cuidado Personal (PCA por sus siglas en inglés): El Decreto de Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) define a un/a asistente de cuidado personal (PCA) como un individuo designado o empleado específicamente para ayudar a una persona con sus necesidades personales. Si usted tiene a un/a miembro de la familia, un/a amigo/a o vecino/a que le ayude o a alguien que haya sido contratado/a para ayudarlo con ciertas actividades, dicha persona calificaría como un/a asistente de cuidado personal (PCA).*

*Autobús Público: Un autobús que viaja por una ruta fija con un itinerario específico de paradas.*

*Paratransito (Dial-a-Ride): Un servicio de transporte que opera en respuesta a las llamadas de los pasajeros al operador local de transporte. Los vehículos recogen a los pasajeros y los transportan a sus destinos. Los vehículos no operan por una ruta fija ni con un itinerario específico.*

1. ¿Tiene usted una discapacidad que le impide usar el autobús público?

Sí       No

Si contestó Sí, por favor explique:

2. Por favor lea la lista a continuación e indique qué condición/es (si alguna) es aplicable a usted:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas respirando | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Condición nerviosa   | <input type="checkbox"/> Intelectual  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de ataques | <input type="checkbox"/> Desarrollo   |
| <input type="checkbox"/> Condición cardíaca   | <input type="checkbox"/> Movilidad    |

Vista:

- Mala vista
- Ceguera
- Requiere guía para subirse al autobús
- Otra: (por favor explique)

Auditiva:

- Problemas auditivos
- Sordo/a

3. ¿Cuándo comenzó/aron la/s condición/es arriba mencionada/s?

- Hace 0-1 año
- Hace 1-5 años
- Hace más de 5 años

4. Su discapacidad se considera:

- Temporal
- Estable
- Progresiva

5. ¿Su discapacidad cambia después de tratamientos médicos o de medicamentos?

- Sí
- No
- A veces

Si contestó Sí o A veces, por favor explique:

6. ¿Usted usa cualquiera de los siguientes Dispositivos para la Movilidad/Tecnología de Asistencia?

- Sí
- No

Si contestó Sí, por favor marque todo lo que sea aplicable:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo                       | <input type="checkbox"/> Scúter                                |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco                         | <input type="checkbox"/> Muletas                               |
| <input type="checkbox"/> Andadera plegable (con o sin asiento) | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas |
| <input type="checkbox"/> Andadera con asiento                  | <input type="checkbox"/> Bota Charcot                          |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual                | <input type="checkbox"/> Dispositivo portátil de oxígeno       |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas reclinable            | <input type="checkbox"/> Aparato/a auditivo/a                  |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica             |  |

7. ¿Usa usted un dispositivo de comunicación?

Sí       No

Si contestó Sí, ¿qué tipo de dispositivo usa usted?

8. ¿Tiene usted un animal de servicio?

Sí       No

Si contestó Sí, ¿qué tipo de animal tiene?

¿Cómo le ayuda a usted su animal de servicio?

***Por favor note que: Si usted necesita ayuda llenando las Preguntas 9 y 10 a continuación, por favor llámenos al 1-888-667-7001 y nosotros le ayudaremos.***

9. Si usted usa una silla de ruedas o scúter, ¿sabe aproximadamente cuánto pesan usted y su silla de ruedas/scúter juntos?

Sí       No

Si contestó Sí, por favor indíquelo abajo:

Menos de 300 lbs.       De 300-600 lbs.       Más de 600 lbs.

10. ¿Sabe usted las dimensiones aproximadas de su silla de ruedas?

Sí       No

Si contestó Sí, por favor provea las dimensiones (en pulgadas):

Ancho \_\_\_\_\_ Profundidad \_\_\_\_\_ Alto \_\_\_\_\_

11. ¿Necesita usted la ayuda de otra persona para salir de su residencia (por la entrada para auto, sobre un umbral, para bajar un piso de escaleras)?

Sí       No       A veces

Si contestó A veces, por favor explique:

12. ¿Necesita usted la ayuda de otra persona para viajar a través de la comunidad?

Sí       No       A veces

Si contestó A veces, por favor explique:

13. Por favor díganos qué cosas de las siguientes puede usted hacer (por favor marque todo lo que sea aplicable):

- Subir y bajar 3 ó 4 escaleras
- Subir y bajar una colina (terreno empinado)
- Subir y bajar la banqueta
- Cruzar pavimento que tenga protuberancias elevadas
- Cruzar una calle de dos carriles antes de que el semáforo cambie a rojo
- Viajar por sí mismo/a por la noche o temprano por la mañana con luz limitada
- Viajar a la parada de autobús público más cercana cuando hace mucho calor
- Viajar a la parada de autobús público más cercana cuando hace mucho frío
- Pararse en una parada de autobús público si no hay asientos
- Esperar en una parada de autobús público si no hay sombra
- Subir o bajar una rampa
- Subirse y bajarse de un autobús público si tiene un elevador
- Sostenerse de agarraderas o pasamanos al subir o bajar de un autobús público
- Mantener su equilibrio mientras se sienta en un vehículo en movimiento
- Reconocer los rótulos de las calles
- Leer las letras y los números en los rótulos de las calles y de los autobuses
- Seguir instrucciones por escrito
- Seguir instrucciones verbales
- Leer labios (si está sordo/a)
- Manejar monedas o dinero de papel
- Contar el cambio
- Decir qué hora es

***Las siguientes preguntas son para ayudarnos a entender si usted puede usar el sistema público de autobús segura e independientemente. El que usted haya o no usado el transporte público recientemente o en el pasado, no le impedirá que sea elegible para solicitar los servicios de paratransito ADA.***

14. ¿Usted sabe cuál es su compañía local de transporte?

- Sí
- No

Si contestó Sí, por favor lístela:

15. ¿Ha usted usado alguna vez el autobús público, el tranvía, o los trenes?

- Sí                       No

Si contestó Sí, ¿Hace cuánto tiempo y qué tan frecuentemente usó/usa estos tipos de transporte?

16. ¿Qué tan cerca de su hogar está la parada de autobús público más cercana?

- A menos de 2 cuadras                       A más de 4 cuadras  
 De 2-4 cuadras                               No sé

17. ¿Puede usted viajar independientemente a la parada de autobús público más cercana?

- Sí                       No                       A veces

Si contestó A veces, por favor explique:

18. Por favor díganos sobre cualquier barrera que le impida usar el autobús público o el tren. Por favor marque todo lo que sea aplicable:

- Yo no puedo caminar/viajar tan lejos  
 No hay banquetas  
 La banqueta está rota  
 Hay colinas  
 No hay cruceros peatonales  
 No hay rampas en las banquetas  
 Hay calles que no puedo cruzar lo suficientemente rápido  
 No hay semáforos en las calles que necesito cruzar  
 No hay asientos/banca en la parada de autobús público más cercana  
 No sé. Nunca he tratado de caminar/viajar a la parada de autobús público

19. ¿Hay cualquier otra razón por la cual usted no esté yendo/usando la parada de autobús público?

20. De donde se baja usted en la parada de autobús público, ¿puede llegar a donde usted va?

- Sí             No             A veces

Si contestó No o A veces, ¿qué evita que usted pueda hacerlo por sí mismo/a?

21. ¿Cuánto tiempo puede usted esperar en una parada de autobús público? Por favor marque todo lo que sea aplicable:

- Más de 10 minutos             10 minutos si me puedo sentar  
 10 minutos si hay sombra             5 minutos si me puedo sentar  
 5 minutos si hay sombra             No puedo esperar

22. ¿Puede usted completar transbordos en el autobús público (usando más de un autobús para llegar a donde usted va)?

- Sí             No

Si contestó Sí, ¿cuántos transbordos puede usted completar?

23. Por favor liste abajo dos de sus destinos más frecuentes, qué tan seguido va ahí y cómo llega ahí actualmente:

A. Nombre del Lugar:

---

Domicilio del Lugar:

---

¿Qué tan seguido?

- Diariamente             Semanalmente             Mensualmente             Otro
- 

¿Cómo llega ahí actualmente?

- Maneja             Autobús             Tren             Dial-A-Ride             Otro (por favor especifique)

B. Nombre del Lugar:

Domicilio del Lugar:

¿Qué tan seguido?

Diariamente       Semanalmente       Mensualmente       Otro

¿Cómo llega ahí actualmente?

Maneja       Autobús       Tren       Dial-A-Ride       Otro (por favor especifique)

24. ¿Alguna vez ha recibido cualquier tipo de capacitación para usar el autobús público, el tranvía, o el tren?

Sí       No

Si contestó Sí, ¿hace cuánto tiempo fue esa capacitación?

25. ¿Le interesaría recibir capacitación adicional?

Sí       No       Quizás más tarde

26. ¿Le interesaría aprender sobre otras opciones de transporte eficientes al costo que puedan estar disponibles en su comunidad?

Sí       No

27. Por favor agregue cualquier comentario o información adicional que usted crea nos ayudará a determinar su elegibilidad a los servicios ADA:



## **Autorización para la Liberación de Información de la Salud**

Yo, por medio de la presente certifico que la información aquí proporcionada está completa y es correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento. Yo entiendo que puede requerirse que yo tenga que asistir a una entrevista en persona y a una evaluación antes de que se tome una determinación de elegibilidad. Yo entiendo que si se encuentra que yo no soy elegible al servicio de paratransito ADA, yo puedo apelar la determinación dentro de 60 días después de recibir la determinación por escrito, y que se me informarán los procedimientos para dicha apelación.

Favor de Proveer el Nombre y Apellido del/la Profesional con Licencia Verificando su Información de Salud:

Ocupación/Especialidad:

Nombre de la Organización:

Requerido- Número de Teléfono del/la Profesional de la Salud:

Requerido- Número de Fax del/la Profesional de la Salud:

Firma del/la Solicitante:

Fecha:

Firma del/la Custodio/a\*:

Fecha:

Nombre del/la Custodio/a\* en letra de molde:

\*Nota: Un/a custodio/a es una persona que está legalmente autorizada para firmar documentos médicos para el/la solicitante y para recibir información sobre la solicitud ADA. El/la solicitante no tiene que designar a un/a custodio/a. Si no se anota a un/a custodio/a, nadie además del/la solicitante podrá obtener información con respecto a la solicitud.

Por favor regrese la solicitud completa por correo postal, por correo electrónico, por fax o en persona a la Comisión de Transporte del Condado Ventura:

**Ventura County Transportation Commission**

**C/O Mobility Management Partners (MMP)**

**ATTN: ADA Certification Coordinator**

**4036 Adolfo Road, Camarillo, CA 93012**

**Correo Electrónico: [info@mobilitymp.org](mailto:info@mobilitymp.org) Fax: 1-888-667-7002**

Una vez que su solicitud haya sido recibida por MMP, es posible que usted sea elegible a los servicios de paratransito en su ciudad hasta que se complete su determinación. Para más información, por favor comuníquese directamente con su operador local de paratransito.