

# Autoridad Local de Transporte del Condado de San Benito

## Solicitud para la Elegibilidad para los Servicios de Paratransito ADA

---

330 Tres Pinos Rd., Ste. C-7 Hollister, CA 95023

TEL: (831) 637-7665 FAX: (831) 636-4160

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

La información obtenida durante el proceso de certificación *tendrá carácter estrictamente confidencial*. Las preguntas de esta solicitud se han diseñado con el fin de ayudar en el proceso de determinación de sus capacidades funcionales. Es posible que después de revisar su solicitud se le pida que verifique la información incluida en la misma o que proporcione información adicional. Puede ser necesaria una entrevista personal o telefónica.

Es importante **que complete todas las partes** de este formulario. ***Las solicitudes que no estén completas o que no sean legibles se devolverán, lo que retrasará el proceso de determinación de elegibilidad.***

Nombre (Inicial, Medio, Final): \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de día: \_\_\_\_\_

Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

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

Idioma primario: \_\_\_ Inglés      \_\_\_ Otros (*por favor, indíquelo*): \_\_\_\_\_

*Si ha recibido ayuda para cumplimentar este formulario, indique de quién:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Indique si podemos ponernos en contacto con esta persona directamente en caso de necesitar más información.       Sí       No

Persona de contacto en caso de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

**Por favor, responda a las preguntas siguientes detalladamente; las respuestas específicas a nuestras preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.**

1. a. ¿Cuál es la discapacidad o condición médica que le impide utilizar el transporte público de ruta fija?

---

---

---

- b. Explique DE QUÉ MANERA le impide su discapacidad o condición médica utilizar de manera autónoma los servicios de transporte público de ruta fija.

---

---

---

- c. Las condiciones descritas son  permanentes  
 temporales

Si son temporales, indique la fecha estimada de recuperación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos más frecuentes? Marque lo que corresponda:

Autobús con ruta fija

A pie

Otra persona me traslada

Conduciendo un automóvil

Otros: \_\_\_\_\_

3. ¿Cambia de un día a otro su condición médica o su discapacidad para el transporte público de manera que afecte a su capacidad de usar los autobuses públicos?

Sí, unos días bien, otros mal.  No, no cambia.

No sé.

**Si ha seleccionado sí o no sé, explique por qué:**

---

---

---

**En las preguntas de la 4 a la 12, indique si es autónomo para realizar las funciones siguientes. TODAS las respuestas *no o a veces* deben ir acompañadas de una explicación para que la solicitud se considere completa.**

4. ¿Puede comprender las indicaciones necesarias para terminar un viaje en el transporte público? (Esto no se refiere a no estar familiarizado con el idioma inglés.)

Sí       No       A veces

**Si selecciona no o a veces, explique por qué:**

---

---

---

5. ¿Puede identificar la parada de transporte público correcta?

Sí       No       A veces

**Si selecciona no o a veces, explique por qué:**

---

---

---

6. ¿Puede identificar el vehículo de transporte público correcto?

Sí       No       A veces

**Si selecciona no o a veces, explique por qué:**

---

---

---

7. ¿Puede ir y volver desde la parada de transporte público más cercana?

Sí       No       A veces

**Si selecciona no o a veces, explique por qué:**

---

---

---

8. ¿Puede esperar en una parada de transporte público al menos 15 minutos?

Sí             No             A veces

**Si selecciona no o a veces, explique por qué:**

---

---

---

¿Podría esperar más de 15 minutos?  Sí     No     A veces

Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ (minutos)

9. ¿Puede agarrarse a los asideros o barandas, y manejar las monedas y los boletos al subir o bajar del vehículo de transporte público?  Sí     No     A veces

**Si selecciona no o a veces, explique por qué:**

---

---

---

10. ¿Puede mantenerse en equilibrio y tolerar el movimiento del vehículo de transporte público mientras está sentado?  Sí             No             A veces

**Si selecciona no o a veces, explique por qué:**

---

---

---

11. ¿Está el transporte público que necesita a su alcance?  Sí             No

A veces     No sé, no lo he probado nunca.

**Si selecciona no, a veces o no sé, explique por qué:**

---

---

---

12. ¿Utiliza alguna ayuda o equipamiento especializado para la movilidad? Marque lo que corresponda.

- Bastón       Silla de ruedas eléctrica       Escúter eléctrico  
 Perro guía       Muletas       Silla de ruedas manual

13. ¿Necesita la ayuda de un asistente personal cuando viaja en el transporte público?

- Sí       No

**Certifico** que la información incluida en esta solicitud es **verdadera y correcta**. Comprendo que la falsificación de la información puede tener como resultado la denegación del servicio. Entiendo que toda la información es confidencial, y que sólo se revelará a los responsables de proporcionar estos servicios la información necesaria para prestarlos. **Comprendo que puede ser necesario ponerse en contacto con un profesional que esté familiarizado con mis capacidades funcionales para utilizar el transporte público con el fin de ayudar en la determinación de la elegibilidad.**

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

**(CONTINÚA AL DORSO)**

## AUTORIZACIÓN A PROFESIONALES

**Por la presente autorizo** a los profesionales enumerados a continuación a proporcionar la información necesaria para completar esta certificación. La información desvelada se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad y estoy informado de que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

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

Nombre (*médico o trabajador social*): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

### **Alternativa:**

Nombre (*médico o trabajador social*): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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