

County Express ha ampliado sus servicios para incluir la Ruta Fija, Rutas Entre Condados, y los servicios de Paratransito ("Paratransit"). Como resultado, County Express ha proveído más de 150,000 viajes para los residentes y visitantes del Condado de San Benito cada año.

El servicio de Acera-a-Acera no está disponible para los residentes que viven dentro de tres cuartos de ( $\frac{3}{4}$ ) millas de los servicios de ruta fija. Las personas con una discapacidad que les impide utilizar de manera autónoma los servicios de ruta fija en Hollister, pueden utilizar el servicio de County Express Paratransito si él / ella es calificado. El servicio de Paratransito ofrece servicio de acera-a-acera hacia y desde los tres cuartos ( $\frac{3}{4}$ ) zona de milla de una ruta fija.

County Express sigue las normas de elegibilidad para los servicios de Paratransito establecidas por la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990. Las personas con discapacidad en las siguientes categorías son elegibles para recibir servicios de Paratransito.

- 1<sup>er</sup> Categoría – Solicitantes que no pueden utilizar el servicio de ruta fija de County Express de una manera autónoma
- 2<sup>a</sup> Categoría – Solicitantes que pueden utilizar o aprender a utilizar un sistema de transporte accesible, pero ese sistema no esta completamente disponible.
- 3<sup>er</sup> Categoría – Solicitantes que tengan una discapacidad específica que les impide ir hacia o desde una parada de autobús.

Si usted cree que califica para el servicio de Paratransito County Express, por favor complete la solicitud adjunta y envíela por correo a:

San Benito County Local Transportation Authority  
650 San Benito Street, Suite 120  
Hollister, CA 95023

Toda la información proporcionada durante el proceso de certificación se mantendrá estrictamente confidencial. Las preguntas en esta solicitud están diseñadas para proporcionar asistencia en la determinación de sus capacidades funcionales. Una verificación médica por separado no es necesaria como parte de este proceso de aplicación. Sin embargo, se le pedirá que proporcione los nombres de dos personas que puedan confirmar la información que proporcionó en su aplicación.

Toda la información sobre este proceso de certificación y sobre los servicios Paratransito estará disponible en formatos accesibles si es pedida.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Autoridad Local de Transporte al (831) 637-7665.

SAN BENITO COUNTY LOCAL TRANSPORTATION AUTHORITY  
INSTRUCTIONS AND APPLICATION FOR PARATRANSIT ELIGIBILITY

---

Servicios de Paratransito de County Express son para personas que no pueden utilizar de forma independiente el servicio de ruta fija, la parada de autobús más cercana aún no es accesible o existe una barrera física para llegar o partir de la parada de autobús. Si usted cree que usted tiene una discapacidad que le impide usar el servicio de forma independiente el servicio de ruta fija en Hollister, por favor complete la solicitud adjunta.

Al llenar la solicitud, por favor asegúrese de que:

- ✓ Ha respondido todas las preguntas con claridad en tinta o a maquina
- ✓ Ha incluido el nombre, número de teléfono y número de fax del profesional con licencia que esté familiarizado con su discapacidad o condición relacionada con su salud
- ✓ Ha firmado la parte 4

Si desea que su doctor llene la forma de verificación medica en su próxima cita medica, por favor marque la cajilla que dice "Por favor mándenme una forma de verificación medica", y la forma será enviada a usted. Si usted no marca la cajilla, la Autoridad de Transporte Local enviara la forma al doctor en su nombre.

Si usted está llenando la solicitud electrónicamente, usted tendrá que imprimir toda la solicitud después de haber terminado. Por favor recuerde firmar la Parte 4, ya que actualmente no se acepta la firma electrónica. Si usted no firma la parte 4, la determinación de su elegibilidad puede ser retrasada.

Es importante **completar todas las partes** de esta solicitud. ***Las solicitudes que no están completas, escritas legiblemente, y firmadas serán devueltas y retrasara la determinación de elegibilidad.*** Si usted tiene preguntas sobre la solicitud, por favor llame a la Autoridad Local de Transporte al (831) 637-7665.

Una vez que la solicitud ha sido recibida, la Autoridad Local de Transporte determinará la elegibilidad en una base de caso por caso. La elegibilidad se basa en uno o más de los criterios exigidos por la ley federal, la Acta de Americanos con Discapacidades (ADA).

Dentro de los 21 días siguientes a la recepción de su solicitud, una carta de determinación será enviada a usted. Si usted es elegible, una carta de aprobación y su tarjeta de Paratransito serán enviadas a usted. Si usted no es elegible, la carta le explicará las razones de la determinación de inelegibilidad, y usted tiene el derecho de apelar la decisión inelegible dentro de 60 días por escrito. Como parte del proceso, es posible que tenga que hacer una entrevista en persona o por teléfono.

Después de completar la solicitud, por favor, envíe por correo o entréguela en persona a la siguiente dirección:

San Benito County Local Transportation Authority  
650 San Benito Street, Suite 120  
Hollister, CA 95023

La información obtenida en esta certificación se mantendrá estrictamente confidencial. Las preguntas en esta solicitud están diseñadas para proporcionar asistencia en la determinación de sus capacidades funcionales. Es posible que después de la revisión de su solicitud, se le pueda pedir que verifique la información contenida en este documento o se le puede pedir que proporcione información adicional. Esto puede requerir una entrevista personal o por teléfono.

Es importante **completar todas las partes** de esta solicitud. ***Las solicitudes que no están completas, escritas legiblemente, y firmadas serán devueltas y puede retrasar la determinación de elegibilidad.***

**PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Idioma Primario: Español Inglés Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

¿Es un solicitante nuevo o está renovando su elegibilidad?

¿Si está renovando, cual es su numero de identificación? (Puede encontrar su numero de identificación en su tarjeta de elegibilidad). \_\_\_\_\_

*Si la dirección postal no es la misma que la dirección residencial, indique aquí:*

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

*Si alguien le ayudo a llenar esta solicitud, por favor indique quien:*

Nombre (Nombre y Apellido): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar a esta persona directamente para más información?  Si  No

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Record Number: \_\_\_\_\_

Status: \_\_\_ Approved \_\_\_ Denied \_\_\_ In Progress

I.D. Number: \_\_\_\_\_

Determination Date: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

Expiration Date: \_\_\_\_\_

Application Received: \_\_\_ Complete \_\_\_ Incomplete

Processed By: \_\_\_\_\_

Application Sent Back: \_\_\_ No \_\_\_ Yes Date: \_\_\_\_\_

Approved By: \_\_\_\_\_

Eligibility Default Date: \_\_\_\_\_

Database Entry Date: \_\_\_\_\_

Date of 1<sup>st</sup> Attempt Contact: \_\_\_\_\_

Progress Notes: \_\_\_\_\_

Date of 2<sup>nd</sup> Attempt Contact: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date of 3<sup>rd</sup> Attempt Contact: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date of Doctor Approval: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, indique el nombre y números de teléfono de una persona que podemos llamar en caso de una emergencia.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

**PARTE 2: USO ACTUAL Y ACCESO A LA RUTA FIJA**

Por favor conteste las siguientes preguntas en detalle—sus respuestas específicas a las preguntas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Ha utilizado el servicio de Ruta Fija de County Express o un servicio similar en otras áreas?

- Sí, usualmente \_\_\_\_\_ veces por semana.
- Si, pero me detuve porque \_\_\_\_\_.
- Nunca e usado los autobuses de ruta fija.

2. Si actualmente no usa el servicio de ruta fija, ¿hay algo que le podría ayudar a usar el servicio? (Marque todos los que se aplica)

- Sí, si las paradas de autobuses estarían más cerca de donde vivo y donde tengo que ir.
- Sí, si yo pudiera aprender a usar el sistema de County Express.
- Sí, si la información de rutas y el horario fueran fácilmente accesibles.
- Sí, si *(describa)* \_\_\_\_\_.
- No, nada me ayudaría a usar los autobuses de ruta fija.

3. ¿A qué distancia de su casa esta la parada de autobús más cercana?

- Menos de 1 cuadra     1-2 cuadas.     3-4 cuadas.     5 o mas cuadas.
- No estoy seguro/a.

**PARTE 3: DISCAPACIDAD Y/O CONDICIONES RELACIONADAS A SU SALUD**

1. ¿Cuál es su discapacidad o condición relacionada con la salud que le impide usar el servicio de ruta fija? ¿De qué manera le impide usar el servicio de ruta fija?

---



---



---

- a. Las condiciones que usted describe son:  Permanente     Temporal
- b. Si son temporal, ¿cual es la fecha de recuperación? \_\_\_\_\_
- c. Si esta embarazada, ¿cual es la fecha en la que espera dar a luz? \_\_\_\_\_

2. ¿Existe un cambio de día a día que afecta la condición de su salud o en su discapacidad de transporte que afecta su habilidad de usar los autobuses públicos?

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

a. Si selecciono “Sí” o “No sé” por favor explique brevemente a continuación.

---

---

---

3. Para las siguientes preguntas (a-g), indique si puede realizar las siguientes funciones independientemente.

a. ¿Es capaz de entender las instrucciones necesarias para completar un viaje usando el transporte público? (Esto no se refiere a no estar familiarizado con el idioma Inglés.)

Sí  No  A veces  No estoy seguro/a

b. ¿Es capaz de identificar correctamente la parada de autobús y / o autobús?

Sí  No  A veces  No estoy seguro/a

c. ¿Es capaz de ir y venir a la parada de autobús más cercana?

Sí  No  A veces  No estoy seguro/a

d. ¿Es capaz de esperar por lo menos 15 minutos en una parada de autobús?

Sí  No  A veces  No estoy seguro/a

e. ¿Es capaz de agarrar la manija o la barandilla, monedas, o fichas mientras entra o sale del autobús?

Sí  No  A veces  No estoy seguro/a

f. ¿Es capaz de mantener el balance o tolerar los movimientos del autobús mientras esta sentado?

Sí  No  A veces  No estoy seguro/a

g. ¿Es capaz de acceder fácilmente a la parada de autobús y/o al autobús?

Sí  No  A veces  No estoy seguro/a

Proporcione una explicación para todas las respuestas en las que marco “No”, “A veces” y “No estoy seguro” en el espacio de abajo. Si no hay explicaciones, la solicitud será considerada incompleta y puede retrasar su determinación de elegibilidad. (Adjunte páginas adicionales si el espacio no es suficiente.)

---

---

---

4. Por favor, indique a continuación si usted usa algún equipo o una de las siguientes ayudas para la movilidad. Marque las que correspondan.

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón                 | <input type="checkbox"/> Andadera                       | <input type="checkbox"/> Cohecito          |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica      | <input type="checkbox"/> Escuter eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Respirador             | <input type="checkbox"/> Perro guía                     | <input type="checkbox"/> Muletas           |
| <input type="checkbox"/> Apoye para las piernas | <input type="checkbox"/> Bastón blanco                  | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____            | <input type="checkbox"/> No ocupo equipo de asistencia. |  |

5. ¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando viaja por autobús?  Sí  No

a. Si es que sí, por favor propocione la siguiente informción.

Nombre del Asistente de Cuidado Personal: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

b. Por favor, proporcione un contacto de emergencia para su asistente de cuidado personal.

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

Teléfono de Día: \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_

6. ¿Es un cliente de otro sistema de Paratransito?  Sí  No

a. Si lo es, por favor proporcione la siguiente información y una copia de su tarjeta actual.

Nombre del sistema de Paratransito: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

7. ¿Es usted un beneficiario actual de Medicare? Si es un beneficiario de Medicare, por favor proporcione una copia de su tarjeta actual de Medicare.  Sí  No

8. Si usted no es aprobado para el servicio de Paratransito, ¿estaría interesado en obtener más información sobre la Tarjeta de Cortesía de County Express?  Sí  No

**PARTE 4: CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN A UN PROFESIONAL**

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la negación de servicio. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial, y sólo la información necesaria para proporcionar los servicios que yo solicito será compartida con los que realizan los servicios.

Por la presente autorizo a los profesionales que se enumeran a continuación para proporcionar toda la información necesaria para completar esta certificación. La información publicada se utilizará exclusivamente para determinar mi elegibilidad y me doy cuenta que tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del Solicitante/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (Médico o trabajador social) **Primario:** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal): \_\_\_\_\_

Nombre (Médico o trabajador social) **Alternativo:** \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Dirección (Calle, Ciudad, Código Postal): \_\_\_\_\_