

ADA Paratransit Services  
610 W. 7<sup>th</sup> Street  
Hanford, CA 93230  
PHONE: (559)852-2611 FAX: (559)-582-5003  
[www.myKARTbus.com](http://www.myKARTbus.com)

| KART SÓLO PERSONAL DE |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| CLIENT NAME           | _____                      |
| PCA                   | ___ YES ___ NO ADA # _____ |
| DATE RECEIVED         | _____                      |
| DATE APPROVED/DENIED  | _____                      |
| DATE EXPIRED          | _____                      |
| DATE ENTERED IN ADEPT | _____                      |

Queridos KART Paratransit Solicitante,

Se adjunta la solicitud de certificación que ha solicitado para el área de reyes de tránsito Rural Paratransit, del origen al destino alternativa para las personas cuya discapacidad impiden el uso de KART estándar de ruta fija de autobuses.

Por favor tome unos minutos para leer el material adjunto que explican el programa; a continuación, responda a las preguntas sobre tus capacidades y limitaciones en el uso de transporte público regular.

Las solicitudes incompletas retrasará el proceso de revisión.

***Tras la finalización de su solicitud, por favor llame a 559-852-2611 para programar su entrevista/evaluación con un asistente de tránsito; por favor, tenga en cuenta que la evaluación puede tardar hasta una hora en completarse. Este proceso es para todos los nuevos solicitantes y recertificaciones.***

|  |
|--|
| Mi cita programada:                              |
| FECHA _____                                      |
| HORA _____                                       |
| LLEVAR SU SOLICITUD A LA OFICINA EN ESTA FECHA A |
| 610 W. 7 <sup>th</sup> Street-Hanford, CA        |

## **Por favor traiga su aplicación completa a su entrevista programada/evaluación.**

El proceso puede tardar hasta 21 días para tomar una decisión sobre la elegibilidad, a condición de que se complete el formulario de solicitud e información adicional no es necesaria. Después de los 21 días, si la decisión no ha sido alcanzado, paratransit servicio será proporcionado sobre una base temporal hasta que se formule una determinación. Una vez tomada la decisión, usted será notificado por carta de la determinación de su elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta relacionada con esta solicitud, póngase en contacto con el KART personal al (559) 852-2611.

Atentamente,

KART ADA determinaciones personal

## KART Solicitud de Paratransit Service

### ¿Qué es Paratransit?

Paratransit es una alternativa, de origen a destino, se requiere reserva anticipada de viaje compartido servicio de transporte público por cualquier motivo del viaje dentro de la zona de servicio designado y durante los mismos días y horas, como el servicio de autobús de ruta fija. Está diseñado para "espejo" de los KART ruta fija servicio en términos de horas disponibles y áreas.

De acera a acera y "mirroring" las disposiciones de ADA significa que no se preste asistencia a individuos entre la puerta de su punto de partida o de destino y el vehículo Paratransit. La asistencia se proporciona solamente para ayudar a bordar y salir de los vehículos (es decir, silla elevadora). Además, Paratransit es necesario para proporcionar el servicio sólo si el punto de partida y de destino de un viaje se encuentran dentro de  $\frac{3}{4}$  de milla de una ruta fija KART durante las horas en que la ruta esté en funcionamiento.

### Quién califica para Paratransit?

Paratransit Service está diseñado para servir sólo a aquellas personas cuya gravedad de la discapacidad les impide utilizar el transporte público. ***En virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la discapacidad o la edad no califica automáticamente a una persona ride Paratransit.*** Una persona debe ser funcionalmente incapaces de usar el servicio de ruta fija de KART. Una persona simplemente se muestran renuentes a utilizar la ruta fija porque piensan que es incómodo no es una consideración para determinar elegibilidad paratransit.

Las personas con discapacidad pueden ser considerados elegibles para utilizar KART ADA servicio si se cumplen los siguientes requisitos:

- Si la incapacidad de la persona evita que él/ella llegue a y desde una estación/parada en el punto de origen o destino.
- Si las personas discapacidad impide que él/ella de embarque o desembarque, utilizando desde el vehículo a la estación/parada, incluso con la ayuda de un elevador-autobús equipado.
- Si la incapacidad de la persona evita que él o ella de reconocer el punto de recogida o el punto de destino una vez que la persona está en el vehículo.
- Si la persona a la discapacidad no permitiría a la persona a negociar transferencias o conexiones si todo debe existir en la ruta fija deseada de viaje.

Barreras arquitectónicas o ambientales no están bajo el control del KART, (por ejemplo, la distancia, el terreno, la falta de rampas en las aceras, clima) por sí sola, no constituyen una base para la elegibilidad. La interacción de estas barreras específicas del individuo

con una condición relacionada con deficiencia pueden constituir una base para la elegibilidad, si el efecto es impedir que la persona pueda viajar a un lugar de embarque o desembarque desde una ubicación.

Los siguientes ejemplos se ofrecen sólo como una guía para ayudar a los profesionales de licencias en su determinación del tipo de certificación de Elegibilidad de ADA adecuado para su paciente:

- **Elegibilidad:** Cualquier menoscabo permanente que causaría al individuo a sentirse desorientado, confundido, o de otra manera incapaz de navegar sin la ayuda de otra persona, y/o incapacidad para alcanzar físicamente un embarque/desembarque ubicación fija, o físicamente a bordo/descender de un autobús de ruta fija regular que esté accesible.
  
- **Elegibilidad:** Cualquier temporal deterioro temporal (por un período de tiempo determinado hace que la persona deshabilitada) que causaría al individuo a sentirse desorientado, confundido o de otra manera incapaz de navegar sin la ayuda de otra persona, y/o incapacidad para alcanzar físicamente el embarque y desembarque de ubicación fija, o físicamente a bordo/descender de un autobús de ruta fija regular que esté accesible.
  
- **Elegibilidad:** Cualquier menoscabo condicional que, dependiendo de las condiciones ambientales, terreno, vehículo, accesibilidad y/o instalaciones, accesibilidad y/o instalaciones accesibilidad, hace que sea imposible para el individuo independientemente board/desembarcar desde cualquier ubicación de ruta fija. (Esta categoría se distingue de la primera categoría, el grado de incapacidad de los individuos en la primera categoría se prohíbe el uso del sistema de rutas fijas, mientras que las personas de esta categoría pueden utilizar el sistema de ruta fija dentro de ciertos parámetros).

#### **Objetivo: Elegibilidad de ADA**

- La elegibilidad no es sobre la base de la discapacidad, sino a la incapacidad funcional de una persona con discapacidad para utilizar el servicio de rutas fijas.
- Para determinar cuándo y en qué circunstancias un individuo puede y no se puede utilizar el servicio de rutas fijas.
- Paratransit elegibilidad no se basa en una decisión médica.
- Identificar objetivamente la capacidad funcional.

**Regístrese a continuación después de haber leído la información anterior en su totalidad.**

---

Firma del solicitante

---

Fecha

## Paratransit Aplicación

Por favor, responda a las siguientes preguntas, si una pregunta no se aplica a usted, marque claramente N/A en el espacio proporcionado. **Todas las solicitudes incompletas serán devueltas . Toda la información se mantendrá confidencial.**

### Información general

Nueva solicitud de  recertificación  (ID # \_\_\_\_\_)

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

Dirección física: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Nombre del servicio/Edificio: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono: Inicio: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Indicar la parada de autobús más cercana a su domicilio y distancia aproximada:

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

### Contacto de emergencia:

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

Teléfono: (Inicio): \_\_\_\_\_ Teléfono: (trabajo): \_\_\_\_\_

Si alguien le ha ayudado a completar este formulario, por favor identificarlos:

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

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

**Información acerca de la discapacidad del solicitante.**

Consulte la(s) razón(es) por qué usted está buscando ADA paratransit elegibilidad.

- Puedo usar rutas fijas de autobuses para ir a algunos lugares, pero no para otros lugares. (explicar brevemente).

---

---

- Puedo utilizar los autobuses de ruta fija a veces, pero sólo si están equipados con ascensores para sillas de rueda.

- Nunca puedo utilizar autobús de ruta fija. (explicar brevemente).

---

---

¿Cómo usted actualmente viaja? (Marque todas las que correspondan)

- Conducir yo mismo
- Alguien más maneja
- KART Paratransit
- Caminar
- Taxi
- Autobús de ruta fija
- Otros: \_\_\_\_\_

Proporcione una breve explicación acerca de que la discapacidad que le impide utilizar KART ruta fija del sistema.

---

---

---

---

Esta condición es temporal.  Sí  No si es temporal, Duración prevista hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

¿Tienes un dispositivo móvil?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor ver la lista de dispositivos utilizados \_\_\_\_\_

---

## Formulario de acuerdo de candidatos

Entiendo que el propósito de este formulario es para determinar si yo, el solicitante, soy elegible para utilizar el servicio de ADA Paratransit según las directrices de la Ley de Estadounidense con Discapacidad.

Entiendo que esta solicitud no puede ser procesada si no es completa. Entiendo que el área de reyes tránsito Rural Paratransit (KART) Coordinador podrá contactar a mi profesional de la salud/agencia para verificar mi discapacidad. Entiendo que el KART coordinador puede necesitar hablar conmigo o verme en una fecha posterior para aclarar u obtener más información.

Estoy de acuerdo en notificar a área de reyes de tránsito Rural Paratransit al (559) 852-2611 si ya no necesito Paratransit por cualquier motivo, incluido un cambio en mi habilidad para utilizar el servicio de autobús. También entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos para utilizar Paratransit puede ser motivo para suspender o revocar mi elegibilidad para participar en este programa.

Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial; sólo la información requerida será divulgada a quienes realizan esos servicios.

Entiendo que la evaluación Paratransit es utilizado para determinar la elegibilidad y pueden ser grabadas para fines de revisión. Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial; sólo la información requerida será divulgada a quienes realizan esos servicios. \_\_\_\_\_ (inicial)

Entiendo el proceso de solicitud puede tardar hasta 21 días desde el momento de KART recibe una solicitud completa. Si mi aplicación es devuelto para aclaraciones o información adicional, esto puede retrasar el proceso. Voy a recibir una notificación de la determinación de esta aplicación. Si soy elegible para este servicio de forma permanente, temporal o condicional, me darán un KART Manual de Políticas y Procedimientos, junto con una tarjeta de identificación de KART.

Entiendo que puedo apelar la determinación dentro de los 60 días después de la recepción de la notificación por escrito si estoy decidido no elegibles para el KART service o si no estoy satisfecho con mi elegibilidad tipo.

Yo entiendo que si el KART Coordinador recibe nueva información sobre el cambio de mi capacidad cognitiva o funcional, mi condición de elegibilidad puede ser revisado y cambiado. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación y que la tergiversación de cualquier material información conduzca a la revocación de la certificación. Entiendo que una declaración falsa hecha aquí pueden provocar el rechazo de mi solicitud de servicio Paratransit.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
El tutor o persona que colabore con esta

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el solicitante

**Autorización para la diseminación de registros médicos (debe ser completado por el solicitante )**

Verificación de discapacidad por un profesional cualificado no garantiza la elegibilidad para paratransit transporte, pero pueden desempeñar un papel importante en el proceso de determinación de elegibilidad. Mientras que la verificación por parte de un médico no es necesaria, es importante que cualquier profesional que verifica la discapacidad de una persona estar familiarizado no sólo con discapacidad particular de esa persona, sino también con su capacidad o incapacidad para viajar en ruta fija del sistema KART.

**Declaración de despacho**

Yo, el abajo firmante, comprendemos que la información médica solicitada es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o entidad, con la posible excepción de otro proveedor de tránsito o el programa de transporte para facilitar los viajes. Autorizo a la liberación de todos los registros médicos y/o información por parte de los profesionales listados a continuación para KART con el propósito expreso de determinar mi elegibilidad para paratransit transporte.

**Profesionales cualificados.**

Nota: Sólo los siguientes profesionales están autorizados para verificar su discapacidad: médico de familia, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, O & M especialista, Terapeuta especialista en rehabilitación, licencia de trabajador social, enfermera, oftalmólogo, psiquiatra, psicólogo y director de caso.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Agencia o clínica

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
La dirección de la calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      Zip

**Por favor tenga en cuenta que esta solicitud puede tardar hasta 21 días para procesar**