



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Hoja Informativa

Gracias por solicitar información sobre elegibilidad, para SunLine Transit ADA Paratransito elegibilidad. SunLine ofrece múltiples opciones de transporte público para personas con discapacidad. La elegibilidad para estos servicios se basa en la capacidad funcional de un individuo para usar el servicio de ruta fija SunLine.

SunLine funciona con rutas fija de autobuses que transportan personas con discapacidades físicas, cognitivas y visuales a diario. Todos los autobuses SunLine son equipados con ADA accesible características, como autobuses de piso bajo, ascensores/rampas, audio anuncios, áreas de asientos prioritarios designados para personas con discapacidades, señalización mejorada, arrodillado autobuses y rieles/barandillas de mano.

SunLine también proporciona el SunDial Access Paratransito Servicio para clientes con discapacidades que son funcionalmente incapaces de usar la SunLine ruta fija servicios de autobús. Si es funcionalmente incapaz de usar el servicio de autobús de ruta fija, puede ser elegible para el servicio de SunDial. SunDial es un servicio de paratransito de transporte público para clientes con discapacidades que son incapaces de usar el sistema de autobuses de ruta fija. Las preocupaciones como diagnóstico, edad, distancia a la parada de autobús, falta de servicio del autobús, atestaron en autobuses o tranvías, inhabilidad de conducir, finanzas personales, inconveniencia, y/o la incomodidad no es la única base de la determinación de elegibilidad de SunDial.

SunDial es provisto de acuerdo con El Acto de Americanos con Discapacidades (ADA) y es un origen a destino, viaje compartido, previa reserve de transito público de servicio. Consistente con el ADA, el SunDial es comparable a SunLine's Sistema de ruta fija, incluyendo las características del servicio (como el rendimiento del tiempo y tiempo de viaje) y el área de servicio (3/4 de milla de una ruta fija de SunLine).



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Como aplicar:

1. Revise la información de elegibilidad proporcionada en esta aplicación de ADA.
2. Si usted cree que califica para los servicios de paratransito ADA:
 - a. Complete **toda la** aplicación de **paratransito ADA Parte A**.
 - b. **FIRME LA APLICACIÓN**
 - c. Tener un profesional medico familiarizado con su condición de salud o discapacidad y sus habilidades funcionales y limitaciones complete la **Forma para el Certificado de Proveedor de Cuidado de Salud - Parte B** de la aplicación. **El Formulario de verificación de atención médica** debe ser completado dentro de **60 días antes** de aplicar. (Es posible que el proveedor de atención médica no lo firme por más de 60 días antes de entregarlo).
3. Cuando usted tenga ambas secciones completado, una vez que haya completado estos formularios, por favor envíe por correo a:

**SunLine Transit Agency
32-505 Harry Oliver Trail
Thousand Palms, CA 92276**

Esta aplicación está disponible en formatos alternativos. Si desea asistencia adicional, por favor llame a (760) 343-4231.

Antes de iniciar la aplicación y el proceso de certificación, entiendo que toda la información proporcionada debe ser verdadera, precisa y correcta. Por este medio certifico que, al mejor de mi conocimiento, la información dada en esta aplicación es correcta. El propósito de esta aplicación es determinar si soy elegible para usar los servicios de paratransito, o si a veces, puedo ir en el servicio de autobús en ruta fija de SunLine. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de servicios de paratransito, así como castigo por la ley.



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

PARTE A: Información del Solicitante y liberación de información

Datos Personales

Primer Nombre: _____ Segundo nombre: _____
Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Requiere servicios de TTD? Si No

Correo electrónico: _____

Dirección de correo/postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Dirección de casa: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Nueva Aplicación Recertificación

Si es recertificación: Número de Identificación: _____ Fecha de vencimiento: _____

Por favor, danos el nombre y el número de teléfono de un amigo o pariente que podemos llamar en caso de emergencia o si no podemos comunicarnos con tu número regular:

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Relación: _____



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Uso de transito

1. ¿Utiliza actualmente ruta fija (grandes públicos) autobuses independientemente? Sí No A veces

2. ¿Cuándo fue la última vez que uso el autobús de ruta fija? _____

3. ¿Con que frecuencia usa el bus de ruta fija? _____ Por mes

4. ¿Actualmente, cual autobuses de ruta fija usa? _____

5. ¿Alguna vez usted ha tenido entrenamiento de viajes para aprender como viajar alrededor en la comunidad y/o como usar los autobuses de ruta fija? Sí No

6. ¿Quisiera usted obtener información acerca de entrenamiento de viajes para utilizar la ruta fija de los autobuses? Sí No

Información sobre Discapacidad/Condición de salud

Todas las preguntas deben ser contestadas.

7. Por favor, describa la incapacidad o condición de salud que le impide utilizar autobuses de ruta fija y el tranvía de servicio.

8. ¿Es una incapacidad temporal o una condición de salud? Sí No

9. ¿Si la respuesta es sí, cuanto tiempo espera que le impida utilizar los autobuses de ruta fija y el servicio de tranvía?

_____ Meses



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

10. ¿Actualmente está recibiendo algún tratamiento? Sí No

Si la respuesta es sí, marque que tratamiento le aplican a usted:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Psicoterapia |
| <input type="checkbox"/> Inmovilización sin peso | <input type="checkbox"/> Cirugía | <input type="checkbox"/> Rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> Inmovilización que lleva peso | <input type="checkbox"/> Convalecencia | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

11. ¿Cuánto tiempo va a estar recibiendo el tratamiento?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> < 3 meses | <input type="checkbox"/> 3-6 meses | <input type="checkbox"/> 6-9 meses |
| <input type="checkbox"/> 9-12 meses | <input type="checkbox"/> > 12 meses | <input type="checkbox"/> Duración desconocida. |

12. ¿Ha tenido una caída reciente que requirió atención médica? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es su frecuencia de caída por semana?

Si la respuesta es sí, ¿la caída ocurrió mientras usaba la ayuda de movilidad/aparato de movilidad?

Sí No

13. ¿Vive en un centro de enfermería o residencia asistida? Sí No

14. ¿Alguna vez necesita que alguien le acompañe para ayudarlo cuando viaja (un "asistente de cuidados" o "asistente personal")? Sí No

15. Utiliza alguna asistencia de movilidad? (Marca los que se aplican)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Carrito motorizado |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil en carro |
| <i>Tipo de aparato ortopédico:</i> _____ | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil en bolso |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

16. ¿Si utiliza una silla de ruedas o carrito, Cual es el ancho y longitud?

Ancho: _____ pulgadas Longitud: _____ pulgadas

17. Si utiliza una silla de ruedas o carrito, ¿cuál es el peso del aparato con usted en él?

Peso: _____ libras

Si su silla de ruedas o carrito motorizado es más de 30 pulgadas de ancho por 48 pulgadas de largo y 600 libras cuando ocupado, el vehículo de paratransito de SunLine, puede ser incapaz de acomodar su viaje.



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Habilidades de Transito

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque aquellos que describen mejor las habilidades de usar ruta fija y tranvía (Marque todas las que se aplican). **Al menos una debe estar maqueado.**

- Puedo ir y regresar de la parada del autobús si la distancia no es demasiado grande.
- Puedo viajar en el autobús cuando me siento bien. Hay otras veces, cuando mi discapacidad o estado de salud empeora, que yo no puedo viajar en los autobuses.
- Tengo una discapacidad o condición de salud que me impide viajar en los autobuses y si el clima es muy caliente o frio.
- Mi discapacidad o estado de salud hace que sea imposible para viajar cuando hay nieve o hielo por la tierra.
- Puedo ir y regresar de la parada del autobús solo si hay cortes/bordillos de acera y aceras/banquetas.
- Puedo ir y venir de las paradas de autobús y encender solo si no hay colinas
- Tengo dificultad para entender o recordar todas las cosas que tendría que hacer para usar los autobuses.
- Puedo usar los autobuses si es un lugar que voy todo el tiempo.
- Nunca puedo usar los autobuses solo.
- Yo no estoy seguro si puedo utilizar los autobuses.
- Yo no soy capaz de utilizar los autobuses por otras razones.

Si marco algunas de las cajas, por favor explique: _____

Habilidades Funcionales

Las siguientes preguntas nos darán más importancia sobre sus habilidades funcionales. Por favor seleccione Siempre (S), A veces (A), o Nunca (N) en respuesta a las siguientes preguntas y proporcione una explicación.

Sin la ayuda de otra persona puede:

¿Pedir y entender las instrucciones escritas o habladas? S A N

Si a veces o nunca, por favor explique: _____

Cruzar la calle? S A N

Si a veces o nunca, por favor explique: _____

¿Reposar durante 15 minutos si no hay lugar para sentarse? S A N

Si a veces o nunca, por favor explique: _____



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Certificación

Por este medio certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, la información que se proporciona en esta solicitudes verdadera. El objetivo de esta aplicación es determinar si soy elegible para usar servicios de paratransito (SunDial), o si puedo viajar con el SunLine ruta fija de autobuses. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de servicios de paratransito, así como castigo por la ley. Yo acepto someterme a una evaluación en persona de mis aptitudes y limitaciones funcionales con el propósito de tomar una decisión relacionada con mi elegibilidad para servicio de paratransito. Entiendo que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa o rechazo de una evaluación en persona es base para la determinación de inelegibilidad para los servicios y beneficios de SunDial. Me comprometo a notificar a SunLine si mi condición cambia, si estoy utilizando un nuevo dispositivo de movilidad, o si ya no necesito usar el servicio de paratransito ADA.

Firma de la persona que solicita/Persona responsable: _____

Fecha: _____

Autorización para Divulgar Información

Yo _____ autorizo a mi profesional de la salud a liberar cualquier y toda la información sobre mi discapacidad o condición de salud y como afecta mi capacidad funcional de viajar en ruta fija del servicio de SunLine (**Parte B**). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que el personal de SunLine se puede comunicarse con el profesional de la salud que completó la verificación adjunta a esta solicitud, a fin de confirmar esta información. Entiendo que toda la información médica se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma del solicitante/parte responsable: _____

Fecha: _____

Si alguien le ayudo a completar esta solicitud, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre (Letra de molde): _____

Agencia (Si es aplicable): _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Otro Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____