

Ciudad de Hobbs/Hobbs Express

Solicitud deservicio de paratránsito

Gracias por su interés en los servicios de Hobbs Express para personas con discapacidades. Este paquete incluye información y formularios que necesita para solicitar la elegibilidad de paratránsito para Hobbs Express. Como parte de los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, El servicio de paratránsito es proporcionado por todos los sistemas de transporte público. Este tipo especial de servicio de transporte público está limitado a personas que no pueden usar el transporte público regular de forma independiente, parte o todo el tiempo, debido a una discapacidad o condición relacionada con la salud.

Según la ADA, las agencias de tránsito que operan un servicio de autobus. La elegibilidad se basa en criterios "funcionales". La elegibilidad no se basa en el tipo de discapacidad, las ayudas para la movilidad utilizadas y la edad. La elegibilidad general se basa en las condiciones más limitantes del individuo y si existen barreras que le impiden usar el autobus. El paratránsito es un servicio de "viaje compartido" que opera a la misma hora y en las mismas áreas que los autobuses de ruta fija.

Para utilizar el servicio de paratránsito de la ADA, debe estar certificado como elegible. La elegibilidad se determina caso por caso. De acuerdo con las regulaciones de ADA, la elegibilidad está estrictamente limitada a aquellos que tienen limitaciones específicas que les impiden usar el transporte público.

Las personas son elegibles en base a cualquiera de las siguientes 3 categorías:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) identifica tres categorías de personas que son elegibles para el servicio complementario de paratránsito de la ADA si la discapacidad les impide:

1. Ir y venir de las paradas de autobus dentro del área de servicio.
2. Cualquier persona discapacitada que tenga un impedimento específico que le impida viajar hacia o desde una parada de autobús.
3. Navegar independientemente por el sistema.

Su solicitud puede ser aprobada para elegibilidad total (incondicional) o de manera condicional, para algunos de sus viajes. Si se determina que usted es capaz de usar

autobus regular para todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, no será elegible para el paratransito.

Para ayudarnos a determinar su elegibilidad para el servicio de paratransito de la ADA, complete la solicitud adjunta de la manera más completa y minuciosa possible. Si hay preguntas que no puede responder o si necesita ayuda para completar este formulario, llame a Hobbs Express al **(575) 397-9290**.

La aplicación Hobbs Express se divide en tres partes. La Parte I de la solicitud es completada por el solicitante. Los solicitantes pueden completar la solicitud ellos mismos o pedirle a alguien que los ayude a hacerlo. Imprima o escribe las respuestas completas a todas las preguntas en el formulario de solicitud. **Todos los formularios de solicitud deben completarse en su totalidad, o se devolverán al solicitante para que los complete antes de ser procesados. Toda la información proporcionada por el solicitante se mantendrá estrictamente confidencial.**

La Parte II de la solicitud debe ser completada por un proveedor de atención médica autorizado.

La Parte III de la solicitud es una entrevista en persona. Una vez que se hayan completado las Secciones I y II, deben enviarse por correo a la dirección a continuación, en persona, o por fax al (575) 397-9362, antes de programar una entrevista en persona.

Una vez que hayamos recibido una solicitud completa, lo llamaremos para programar una entrevista. Las entrevistas en persona de Hobbs Express son una parte obligatoria del proceso de elegibilidad. El solicitante debe asistir a la entrevista. Hobbs Express proporcionara transporte gratis hacia y desde la entrevista si es necesario. La entrevista en persona de Hobbs Express se lleva a cabo en:

Hobbs Express Public Transit
424 West Broadway
Hobbs, NM 88240

El proceso de solicitud puede demorar hasta veintiún (21) días a partir de la fecha de la entrevista en persona para completarse. Una vez que se complete el proceso de solicitud, se enviará una carta al solicitante indicando su elegibilidad, la fecha de vencimiento de la certificación, las condiciones de elegibilidad, si está autorizado

para viajar en Hobbs Express con un Asistente de atención personal (PCA) o “protegido”, Guía para pasajeros de paratransito de la ADA que describe los servicios de Hobbs Express.

Si el solicitante no recibe la notificación de elegibilidad dentro de los veintiún (21) días a partir de la fecha de la entrevista en persona, el solicitante recibirá la elegibilidad presunta, lo que le dará derecho a la elegibilidad del solicitante para viajar en Hobbs Express. El servicio de Hobbs Express se proporcionará hasta que Hobbs Express rechace la solicitud.

Ciudad de Hobbs

Solicitud de Hobbs Express para el servicio de paratránsito

Complete esta solicitud de la forma más completa posible y en la mejor manera que pueda. Si hay preguntas que no puede responder o si necesita ayuda para completar este formulario, llame a Hobbs Express al (575) 697-9290. Para que se considere completa, se deben responder todas las preguntas de la solicitud. De lo contrario, se le devolverá para que lo complete. Su medico licenciado o professional de atención médica debe completar la Parte II de esta solicitud, la Certificación de licencia de proveedor de atención médica.

PARTE I: INFORMACIÓDEL SOLICITANTE POR FAVOR ESCRIBA O IMPRIMA EN TINTA AZUL O NEGRA

Nueva solicitante

Recertificació-ID# _____

Nombre:

Primer

Apellido

Dirección: _____

N° de apartamento/N° de espacio: _____

Nombre del complejo de edificios o número de edificio: _____

Código de puerta: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal:

Número de teléfono primario: () _____ Hogar Celular

Trabajo

Número de teléfono secundario: () _____ Hogar Celular

Trabajo

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenina

Idioma preferido: English Spanish

Otra: _____

Persona de contacto de emergencia: _____

Teléfono de día: _____ Teléfono de noche: _____

Relación con la solicitante: _____

INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD Y CONDICIONES DE SALUD

1. Qué discapacidad le han diagnosticado?

2. Fecha de diagnóstico:

3. Su discapacidad le impide utilizar el autobus regular?

Sí No

En caso afirmativo, explique CÓMO su discapacidad le impide usar el autobus regular: _____

4. Son sus condiciones las que describió?

Permanente Temporal No sé

Si es temporal, cuánto tiempo espera que continúe la condición? _____

5. Su discapacidad cambia de un día a otro o estacionalmente?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

6. Las condiciones que describe cambian día a día de una manera que afecta su capacidad para viajar en el servicio regular de autobus?

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

no sé

7. Su discapacidad le dificulta comprender y recordar cómo encontrar el camino hacia y desde la parada del autobus? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

INFORMACIÓN DE MOVILIDAD

8. Utiliza actualmente alguna ayuda para la movilidad o equipo especializado?

Sí No

En caso afirmativo, seleccione todas las que correspondan:

- Aparato ortopédico(s) Silla de ruedas manual Scooter
- Bastón Blanco Prótesis Muletas
- Bastón Silla de ruedas motorizada Animal de servicio
- Andador Oxígeno portátil
- Tablero/dispositivos de comunicación
- Otro (por favor especifique): _____

9. Si usa una silla de ruedas o un scooter, el peso combinado de usted y el dispositivo supera las 800 libras?

Sí No No aplica

10. Utiliza un animal de servicio: Sí No A veces

En caso afirmativo, describa el tipo de animal y para qué servicios(s) fue entrenado el animal: _____

11. Si usa una silla de ruedas o scooter, su residencia tiene una rampa para sillas de ruedas? Sí No No aplicable

Si no hay rampa, cuántos escalones? _____

Si es más de un paso, cómo transporta su silla de ruedas al nivel de la calle?

NOTA:

- Los pasajeros que utilizarán una silla de ruedas u otra ayuda para la movilidad para viajar en Hobbs express deben tener en cuenta que Hobbs Express solo puede transportar pasajeros cuyo peso combinado con su ayuda para que la

movilidad sea inferior a 800 libras, Y su ayuda para la movilidad no debe exceder las 51 pulgadas de largo., o 33 pulgadas de ancho. Si piensas que puedes estar cerca de estas medidas, por favor indícalo en la entrevista de elegibilidad.

- El origen y el destino de su viaje deben ser accesibles por rama o ascensor. SI NO ES ACCESIBLE, tenga a alguien disponible para ayudarlo a subir y bajar los escalones. Los conductores no pueden ayudar a los pasajeros que usan sillas de ruedas a subir o bajar escaleras o empujarlos hacia arriba o hacia abajo de las rampas.

INFORMACIÓN DE VIAJE ACTUAL

12. Cómo viaja actualmente a sus destinos frecuentes?

(Marque todo lo que corresponda):

- Autobús Hobbs Express Conducir yo mismo
- Taxi Alguien me lleva
- Otro _____

13. Cuántas cuadras de la ciudad puedes recorrer con tu ayuda de movilidad habitual y sin la ayuda de otra Persona? _____

14.Cuál de las siguientes afirmaciones lo describe mejor si tuviera que esperar afuera para que lo lleven?

- Podría esperar solo de diez (10) a quince (15) minutos
- Podría esperar solo de diez (10) a quince (15) minutos solo si tuviera un asiento y/o refugio
- Necesitaría a alguien que esperara conmigo porque _____
-

15. Cuál de las siguientes afirmaciones te describe mejor?

Nunca he utilizado el servicio regular de autobuses. Si no, porque no?

He utilizado el servicio regular de autobuses, pero no desde el inicio de mi discapacidad.

Necesitaría que alguien me esperara y/o me ayudara porque _____

Actualmente utilizo el servicio de autobús fijo regular de ruta fija y viajo en las siguientes rutas: _____

16. Tiene alguna dificultad al viajar en el servicio de autobús? En caso afirmativo, ¿cuáles son? _____

17. Necesita a alguien que lo acompañe cuando viaja fuera de su hogar (es decir, un asistente de cuidado personal, alguien designado o empleado para ayudar específicamente con sus necesidades personales)? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué ayuda le brinda esa persona?

18. A cuántas cuadras está la parada de autobús más cercana a su casa? (Por favor indique el número aproximado de cuadras o distancia) _____

19. Puede ir y venir de la parada de autobús más cercana a su casa por su cuenta?

Sí No

Si no, explica porqué no? _____

20. El clima afecta su capacidad para usar el autobús regular?

Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor _____

21. Alguna vez ha recibido capacitación sobre cómo usar el sistema de autobuses?

Sí No

Si sí, cuándo? _____

En caso afirmativo, completó con éxito la capacitación? Sí No

22. Te gustaría recibir formación en viajes? Sí No

23. Cómo describirías el terreno donde vives? (por ejemplo, colinas planas y empinadas, colinas con pendiente gradual, etc.) _____

24. Hay aceras en su vecindario? Sí No

25. Hay aceras en la parada de autobús más cercana? Sí No

26. Lista de los 3 destinos mas frecuentes a los que viaja y como llega alli actualmente:

	Ubicación 1	Ubicación 2	Ubicación 3
Nombre del destino:			
Dirección:			
Con qué frecuencia viaja allí?			
(Dentro de un mes)?			

27. A qué distancia está su residencia de la parada de autobús más cercana?

- Menos de 2 cuadras 2 a 4 cuadras No estoy seguro
 5 a 7 bloques Más de 7 bloques

28. A qué distancia se encuentra su destino más frecuente del más cercano?
¿parada de autobús?

- Menos de 2 cuadras 2 a 4 cuadras No estoy seguro
 5 a 7 bloques Más de 7 bloques

ERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para Servicios de paratransito de Hobbs Express. Al firmar esta solicitud, certifico que he sido verdad al responder este formulario y que la información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación de esta información podría resultar en la pérdida del servicio de Paratransit.

Acepto notificar a Hobbs Express si ya no necesito usar el servicio Paratransit.

Firma de la solicitante Fecha

O, si la solicitante no puede firmar:

Al firmar aquí, usted está verificando que está autorizado para representar al solicitante indicado en esta solicitud.

Representante autorizada nombre impreso Relación con la solicitante

Firma del representante autorizado Fecha

Tenga en cuenta: es su responsabilidad notificarnos si su discapacidad mejora lo suficiente como para cambiar su estado de elegibilidad. Si su condición mejora

después de que se haya determinado que es elegible o si descubrimos que envió información falsa, se podría suspender su elegibilidad o se le puede solicitar que vuelva a presentar una solicitud.

ARTE II: AVISO A LOS LICENCIADOS PROVEEDOR DE CUIDADO DE LA SALUD

Estimado proveedor de atención médica:

Su paciente ha solicitado elegibilidad para los servicios de Hobbs Express. Hobbs Express ofrece servicio de paratransito para personas a las que se les ha diagnosticado una(s) discapacidad(es) que les impide viajar en el sistema de autobús accesible todo o parte del tiempo.

Como proveedor de atención médica del solicitante, usted está especialmente calificado para aclarar sus capacidades y limitaciones funcionales para viajar en el sistema de autobús accesible de Hobbs Express. Para determinar las capacidades funcionales de este solicitante, requerimos que usted, el proveedor de atención médica, no el solicitante, complete y certifique todas las secciones siguientes. Detalle cómo la(s) discapacidad(es) del solicitante afectan su capacidad para abordar, navegar y viajar de forma independiente en el sistema de rutas fijas accesibles. Por favor sea lo más específico posible.

La información que proporcione en la Certificación autorizada de atención médica adjunta permitirá a los representantes de Hobbs Express realizar una evaluación adecuada del solicitante y determinar cómo podemos satisfacer mejor sus necesidades.

Su evaluación de cada persona debe basarse únicamente en sus capacidades funcionales para usar el servicio de tránsito regular de ruta fija, no en su edad o diagnóstico médico.

TENGA EN CUENTA: La elegibilidad no incluye a las personas a las que les resulta incómodo o inconveniente ir y venir de las paradas de autobús o viajar en el autobús.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o el proceso de revisión, comuníquese con Hobbs Express al (575) 397-9290.

VERIFICACIÓN PROFESIONAL DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CON LICENCIA

**Para ser completado por su proveedor de
atención médica autorizado**

**POR FAVOR ESCRIBA O ESCRIBA
CLARAMENTE**

Nombre de la solicitante:

Fecha de la última visita de la solicitante: _____

Diagnóstico médico de discapacidad: _____

La incapacidad es permanente? Sí No

Si es temporal, ¿cuándo podrá el solicitante reanudar los patrones de viaje normales?

Fecha: _____ / _____ / _____

La discapacidad es intermitente? Sí No

Hable sobre el impacto que tiene esta discapacidad en la capacidad del solicitante para usar el sistema de autobús de ruta fija _____

Esta discapacidad impide que el solicitante llegue a/desde y/o viaje en el sistema de autobús de ruta fija? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Esta discapacidad está sujeta a una mejora significativa con el tratamiento?

Sí No

Es probable que se deteriore? Sí No

El solicitante requiere un asistente de cuidado personal (alguien que viaje con ellos? Sí No

Bajo qué circunstancias surge la discapacidad/condición del solicitante?

El solicitante tiene la capacidad mental, visual y/o auditiva para:

Dar direcciones y números de teléfono? Sí No

Reconoce un destino o punto de referencia? Sí No

Lidiar con cambios inesperados en la rutina? Sí No

Pregunta, entiende y sigue instrucciones? Sí No

Viaja con seguridad a través de instalaciones abarrotadas/complejas?

Sí No

Si respondió no a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique _____

Hay alguna otra condición médica que Hobbs Express deba conocer?

Sí No

En caso afirmativo explicar: _____

Hasta dónde puede caminar el solicitante sin ayuda?

Menos de una cuadra de la ciudad? (200 pies)

Si hay más de una cuadra de la ciudad, cuántas cuadras? _____

Puede el solicitante subir 3 escalones (12-14 pulgadas) sin ayuda??

Sí No

Puede la solicitante agarrar una barandilla? Sí No

El solicitante utiliza un dispositivo de movilidad? Por favor marque todos los que apliquen:

Aparato ortopédico(s) Silla de ruedas manual Scooter

Bastón Silla de ruedas motorizada Muletas

Animal de servicio Pasador Bastón blanco

Prótesis Placa/dispositivos de comunicación

Otros (especificar): _____

La discapacidad impide que el solicitante llegue a/desde y/o viaje en el sistema de autobuses? Sí No

En caso afirmativo explicar: _____

El clima afecta la capacidad del solicitante para viajar? Sí No

En caso afirmativo, explique las condiciones climáticas y los efectos. _____

El solicitante tiene una discapacidad visual? Sí No

Agudeza visual con mejor corrección:

Ojo derecho: ____ / ____ Ojo izquierdo: ____ / ____

Campos visuales con mejor corrección:

Ojo derecho: Horizontal: _____ Ojo izquierdo: Horizontal: _____

Verticales: _____ Verticales: _____

CERTIFICACIÓN DE PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Proveedor de atención médica con licencia:

Nombre Apellido Título (por ejemplo, MD, NP, PA)

Número de licencia/certificación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de oficina #: _____ Número de fax: _____

Especialización: _____

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente verifico que el diagnóstico de discapacidad mencionado ha sido revisado por mí, es exacto y verdadero, y representa la condición física y/o mental actual del solicitante mencionado en este formulario.

Firma _____ Fecha: ____ / ____ / ____