

Formulario de solicitud de Paratrásito de Connecticut según la Ley de estadounidenses con discapacidades (ADA)

Instrucciones para su presentación

Para solicitar una copia de esta solicitud en un formato accesible, llame al (203) 365-8522, extensión 2061.

El propósito de esta solicitud es determinar la elegibilidad para el servicio de Paratrásito ADA complementario de Connecticut. Si usted tiene una discapacidad que le impide utilizar el servicio de autobuses del transporte público de Connecticut, puede ser elegible para el servicio de Paratrásito ADA. El Paratrásito ADA es un servicio de trayecto compartido, previa reserva, de origen a destino, para personas con discapacidades que no pueden usar el servicio de autobuses públicos debido a su discapacidad.

Criterios del servicio

El programa de Paratrásito ADA de Connecticut está diseñado para cumplir con los criterios de servicio de la Ley de estadounidenses con discapacidades, establecidos por el gobierno federal. El servicio se proporciona solo a los individuos considerados elegibles por un proveedor regional de servicio ADA de Connecticut y es operado bajo las siguientes pautas ADA:

- El servicio complementario se proporciona solo en áreas donde operan los autobuses públicos. Esto no incluye el servicio Express Commuter, ni los servicios Intercity o Dial-A-Ride. Los vehículos de Paratrásito ADA solo pueden recoger y dejar en lugares que se encuentren a tres cuartos de milla de una ruta de autobuses públicos.
- El servicio se proporciona solo durante las horas y días en que opera el servicio de autobuses públicos en dicha área.
- Los traslados deben reservarse al menos con un día de anticipación.
- Habitualmente las tarifas de Paratrásito ADA son el doble de la tarifa completa de las rutas de autobuses públicos.
- El servicio no está restringido por el propósito del traslado, sino que se proporciona para todo tipo de traslados.

Definición de discapacidad según la ADA

Cualquier persona que, como resultado de una discapacidad física o mental y que, sin ayuda de otro individuo (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas), no pueda abordar, trasladarse o desembarcarse de cualquier autobús público.

Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición específica, relacionada a un impedimento, que le impide desplazarse hasta o desde una parada de autobuses del sistema de autobuses públicos.

Los obstáculos arquitectónicos y ambientales tales como la distancia, la topografía o el clima, no constituyen por sí solos una base para la elegibilidad. Sin embargo, una persona puede ser elegible si la interacción entre la discapacidad y los obstáculos ambientales impiden que la persona se desplace hasta o desde la parada de autobuses públicos.

Tipos de elegibilidad

Existen tres tipos de elegibilidad:

Elegibilidad incondicional - Su discapacidad o condición médica siempre le impide usar los autobuses públicos y usted califica para el servicio de Paratrásito ADA para todos sus recorridos.

Elegibilidad condicional - Usted puede usar los autobuses públicos para algunos de sus recorridos y califica para el servicio de Paratrásito ADA para otros traslados cuando su discapacidad o los obstáculos ambientales le impiden usar el servicio de autobuses públicos.

Elegibilidad temporal - Usted tiene una condición médica o discapacidad que le impide utilizar los autobuses públicos temporalmente.

Proceso de solicitud

El servicio de Paratrásito ADA se proporciona para usuarios cuya discapacidad o condición médica les impide usar los servicios de autobuses públicos para algunos o todos sus desplazamientos. Los individuos que estén interesados en usar el servicio de Paratrásito ADA deben realizar la solicitud y ser considerados elegibles según las pautas ADA. Los proveedores regionales del servicio de Paratrásito ADA determinan las capacidades y limitaciones funcionales de un individuo para usar el servicio de autobuses públicos. Se anexa a esta solicitud una lista de los proveedores de servicio de Connecticut; consulte el «ANEXO A».

Para postular a la elegibilidad para el Paratrásito ADA, contacte al proveedor regional de servicio de Paratrásito ADA o visite www.CTADA.com.

Una vez que haya llenado tanta información de la solicitud como le sea posible y que la haya enviado por correo o en línea a su proveedor regional de servicio, **espere siete (7) días y luego llame a su proveedor para programar su entrevista de certificación** (se anexa a esta solicitud una lista de los proveedores de servicio de Connecticut; consulte el «ANEXO A»).

De ser necesario, se proporcionará, sin costo, transporte para la entrevista y los servicios de un intérprete de lengua de señas estadounidense o de otros idiomas. Lleve consigo, a la entrevista, una forma aceptable de identificación (preferiblemente un documento de identificación con foto). Si no tiene un documento de identificación con foto disponible, contacte a su proveedor de servicio para determinar formas de identificación aceptables. También puede llevar información adicional sobre su discapacidad o condición médica, pero no es necesario.

Durante la entrevista, se revisará su formulario de solicitud y, de ser necesario, se le ofrecerá ayuda para llenarlo. Se sus capacidades y limitaciones de desplazamiento con más detalle. Puede que se le pida efectuar una «simulación» de recorrido en autobús. Esto tomará aproximadamente de 30 a 45 minutos y se evaluarán sus capacidades y limitaciones de desplazamiento Vista ropa acorde al clima pues puede que se le pida salir al aire libre. Además, en la entrevista se le puede pedir que firme un documento que permita al proveedor de servicio contactar a su médico o a otro profesional para verificar su condición de elegible. Finalmente, en la entrevista se le pedirá que firme un certificado de que la información de la solicitud es fiel y exacta. Proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en una reevaluación de su elegibilidad.

Se tomará una decisión sobre su solicitud en menos de 21 días de completada la entrevista, la evaluación y la recepción de la verificación médica y preguntas de seguimiento, de ser necesarias. Si no se toma una decisión en menos de 21 días, mientras se toma la decisión final, se le proporcionará una elegibilidad temporal para el servicio de Paratransito ADA. Se le notificará sobre su elegibilidad por carta.

Si se determina que usted es elegible para el Paratransito ADA, para algunos o todos sus traslados, recibirá una Carta de certificación y una Guía del usuario con toda la información referente a cómo usar el servicio.

Proceso de apelación:

Si se determina que usted puede usar los autobuses públicos para algunos o todos sus traslados, se le notificará(n) la(s) razón(es) exacta(s) de esta decisión y se le informará cómo puede apelar dicha decisión.

Puede apelar cualquier decisión de elegibilidad adoptada por un proveedor regional de servicio que limita su posibilidad de usar el servicio de Paratransito ADA. Por ejemplo:

- Fue hallado «No elegible» para el Paratransito ADA
- Fue hallado «Condicionamente elegible» y no está de acuerdo con las categorías de elegibilidad que se le asignaron o considera que el estatus condicional es erróneo.

Todas las solicitudes de apelación deben hacerse por escrito y deben enviarse por correo a su proveedor regional de servicio.

Si tiene alguna duda sobre el proceso de solicitud, contacte a su proveedor regional de servicio de Paratransito ADA.

Formulario de solicitud de Paratránsito de Connecticut para estadounidenses con discapacidades

Este formulario está disponible en línea en www.CTADA.com

Nótese que se mantendrá la confidencialidad de cualquier información presentada en esta solicitud y se compartirá solo con los profesionales involucrados en proporcionar el servicio de paratránsito.

ESTA SOLICITUD SERÁ ACEPTADA POR CUALQUIER PROVEEDOR DE PARATRÁNSITO ADA DEL ESTADO DE CONECTICUT

A. Información personal

| | | | |
|--------------|------|---------|--------------------------|
| Sr. | Sra. | Srta. | Fecha de nacimiento: / / |
| Apellido(s): | | Nombre: | |

B. Residencia actual

| | | | |
|---------------------------------------------|--------------|----------------|--|
| Dirección postal: | | | |
| Edificio: | Apartamento: | Habitación: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |
| Esta residencia es: | | | |
| Una vivienda unifamiliar o multifamiliar | | | |
| Un complejo de apartamentos o condominio | Nombre: | | |
| Un geriátrico o centro de vivienda asistida | Nombre: | | |
| Otro: | | | |
| Es esta una residencia temporal: | Sí | No | |

C. Dirección postal (si difiere de la residencia)

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|----------------|--|
| Dirección postal o apartado postal: | | | |
| Edificio: | Apartamento: | Habitación: | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: | |

D. Información de contacto

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Teléfono principal: | Teléfono |
| | no |
| Número de dispositivo de telecomunicaciones (TDD) o transmisión de mensajes: | |
| Dirección de correo electrónico: | |

E. Contacto de emergencia

| | |
|---------------------|---------------------|
| Apellido(s): | Nombre: |
| Parentesco: | Agencia si |
| Teléfono | Teléfono |
| no | alternativo: |

F. Si alguien le ayudó a llenar este formulario proporcione la siguiente información:

| | |
|---------------------|----------------------------|
| Apellido(s): | Nombre: |
| Parentesco: | Agencia si procede: |
| Teléfono | Teléfono |
| o | alternati |

G. Información general

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| ¿Necesita información sobre el servicio ADA en un formato accesible? | | Sí | No |
| Si respondió afirmativamente indique que formato sería útil: | | | |
| | De letra grande | Grabado en audio | Braille |
| Otro _____ | | | |
| ¿Está usted certificado para servicios de paratransito ADA de otro proveedor o agencia de tránsito? | | Sí | No |
| Si la respuesta es afirmati | Nombre del proveedor | Estado: | Número de identificación: (si |

Liste, por nombre, las discapacidades o condiciones de salud que le impiden usar el servicio de autobuses públicos:

Explique por qué sus discapacidades o condiciones de salud le impiden usar el servicio de autobuses públicos de forma independiente.

¿Usa alguno de los siguientes artículos cuando se traslada?

Silla de ruedas manual*

Silla de ruedas motorizada*

Andadera

Oxígeno Si la respuesta es afirmativa

Tanque Compresor

Respirador

Otro, explique:

Scooter *

Bastón

Dispositivo de comunicación

Mult s

Animales de servicio

Equipo médico

*El término silla de ruedas se refiere a cualquier dispositivo de tres o más ruedas que puede usarse bajo techo. Podemos admitir una silla de ruedas si (1) el elevador y el vehículo pueden acomodarla físicamente y (2) es acorde a los requisitos de seguridad legítimos. Los requisitos de seguridad legítimos incluyen, entre otros, circunstancias tales como una silla de ruedas de un tamaño que bloquearía un pasillo, o interferiría con la evacuación de los pasajeros en una emergencia.

H. Información sobre su discapacidad (continuación)

Es la discapacidad o condición de salud que describe:

Permanente

Temporal

Se espera que dure

Meses

Es incierto

¿Su condición médica o discapacidad cambia de un día para otro de tal forma que afecta su capacidad de usar el servicio autobuses públicos?

Sí

No

A veces

Si respondió «sí» o «a veces», explíquelo:

¿En ocasiones alguien lo acompaña cuando se desplaza?

Sí

No

A veces

I. Experiencia con el servicio de autobuses públicos

¿Se ha trasladado alguna vez en un autobús público?

Sí

Si respondió afirmativamente, ¿con qué frecuencia y a qué lugares?

Si respondió negativamente, ¿por qué no se traslada actualmente en el autobús público?

El entrenamiento de desplazamiento es un servicio gratuito que le enseña a las personas a usar los autobuses públicos. ¿Le gustaría recibir más información sobre

Sí

No

J. Capacidad funcional

¿Es capaz de encontrar el camino a una parada de autobús si alguien se lo muestra una

Sí

No

A veces

¿Qué distancia puede caminar (usando una ayuda de movilidad si es necesario)?

¿Puede subir y bajar por una pendiente gradual?

Sí

No

A veces

¿Puede visualizar/detectar bordillos, rampas u otras áreas de llegada?

Sí

No

A veces

¿Por cuánto tiempo puede estar de pie esperando en una parada de autobuses públicos?

¿Puede subirse y bajarse de los autobuses públicos?

Sí

No

A veces

Si respondió «no» o «a veces», explíquelo:

¿Puede preguntar, comprender y seguir direcciones de recorrido?

Sí

No

A veces

Si respondió «no» o «a veces», explíquelo:

K. Obstáculos

¿Qué obstáculos del entorno dificultarían su uso del servicio de autobuses públicos?

Ausencia de cortes de bordillos

Pendientes pronunciadas

Debo cruzar una calle muy transitada

hay semáforo peatonales

No hay aceras

Aceras en malas condiciones

Otro, describa:

Explique por qué las condiciones que indicó le dificultan usar el servicio de autobuses públicos

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER LA VERIFICACIÓN DE SU MÉDICO O DE OTRO PROFESIONAL

Luego de la entrevista, puede que el proveedor local de paratransito ADA necesite contactar a su médico o a otro profesional que esté familiarizado con su discapacidad. Suministre la siguiente información de un médico o profesional que pueda proporcionar la información necesaria que ayudaría a determinar la elegibilidad para un proveedor de servicio de paratransito ADA. No es necesario que un profesional firme este formulario.

| Médico | Profesional de salud | Profesional de rehabilitación |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Nombre del profesional: | | |
| Agencia: | | |
| Dirección de oficina | | |
| Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono: | Fax de oficina: | |
| Nombre del solicitante: | | Fecha de nacimiento: |
| Firma del solicitante o tutor: | | |
| El solicitante accede a compartir la información con otros proveedores de servicio del estado de Connecticut | | |
| Sí | No | |

Definición de discapacidad según la ADA

Cualquier persona que, como resultado de una discapacidad física o mental, y sin ayuda de otro individuo (excepto el operador de un elevador de silla de ruedas) no pueda abordar, trasladarse o desembarcarse de cualquier autobús público de la ciudad.

Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición relacionada con un impedimento específico que le impide desplazarse hacia y desde una parada de autobuses en el sistema de autobuses públicos de la ciudad.

Los obstáculos arquitectónicos y ambientales tales como la distancia, la topografía o el clima, no constituyen por sí solos una base para la elegibilidad. Sin embargo, una persona puede ser elegible si la interacción entre la discapacidad y los obstáculos ambientales impiden que la persona se desplace hasta o desde la parada de autobuses públicos.

NO FIRME ESTA PÁGINA AHORA O PRESENTELA CON SU SOLICITUD.

ESTA PÁGINA DEBE FIRMARSE EN PERSONA EN LA ENTREVISTA.

Comprendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay momentos en los que no puedo utilizar el servicio de autobuses públicos y por tanto debo usar los servicios de paratransito ADA. Certifico, que a mi mejor saber y entender, la información de esta solicitud es fiel y exacta. Comprendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en una reevaluación de mi elegibilidad.

Firma del solicitante o del tutor

Fecha

NOTA:

Gracias por llenar el formulario de solicitud de Paratrásito de Connecticut para estadounidenses con discapacidades

Una vez que haya llenado tanta información de la solicitud como le sea posible y que la haya enviado por correo o en línea a su proveedor regional de servicio, espere siete (7) días y luego llame a su proveedor para programar su entrevista de certificación. De ser necesario, se proporcionará, sin costo, transporte para la entrevista y los servicios de un intérprete de lengua de señas estadounidense o de otros idiomas. Lleve consigo, a la entrevista, una forma aceptable de identificación (preferiblemente un documento de identificación con foto). Si no tiene un documento de identificación con foto disponible, contacte a su proveedor de servicio para determinar formas de identificación aceptables. También puede llevar información adicional sobre su discapacidad o condición médica, pero no es necesario.

ANEXO A

Proveedores de servicio ADA de Connecticut

Encuentre, a continuación, su proveedor local de servicio de paratransito ADA, seleccionando la región en la que se desplazará con mayor frecuencia. Las ciudades a las que se les da servicio están enumeradas bajo el nombre de la región. Si busca servicio en una ciudad no enumerada, use el contacto etiquetado como «todas las demás ubicaciones» del final de la lista.

Área de Hartford

Avon, Berlin, Bloomfield, Bristol, Cromwell, East Hartford, Ellington, Farmington, Glastonbury, Hartford, Manchester, New Britain, Newington, Plainville, Rocky Hill, South Windsor, Vernon/Rockville, West Hartford, Wethersfield, Windsor, Windsor Locks

Greater Hartford Transit
District One Union Place
Hartford, CT 06103
Correo electrónico: ADA-App@ghtd.org Teléfono: (860) 247-5329 Ext. 3100
Para una llamada de entrevista llame al (860) 724-5340 Ext. 1.

Área de New Haven

Branford, East Haven, Guilford, Hamden, Madison, New Haven, North Branford, North Haven, Orange, West Haven, Woodbridge

Greater New Haven Transit
District 840 Sherman Avenue
Hamden, CT 06514
Correo electrónico: ADA-App@gnhtd.org
Teléfono: (203) 288-6282 Ext. 2518 o Ext. 2501

Área de Greater Bridgeport

Bridgeport, Fairfield, Monroe, Stratford, Trumbull

Greater Bridgeport Transit
Authority One Cross Street
Bridgeport, CT 06610
Correo electrónico: ADA-App@gogbt.com
Teléfono: (203) 366-7070 Ext 131
TTY: (203) 330-0668

Área Windham

Windham/Willimantic, Mansfield/Storrs

Windham Region Transit
District 28 Frontage Road
Mansfield Center, CT 06250
Correo electrónico: ada-app@wrtd.org
Teléfono: (860) 456-2223
TTY: (800) 833-8134

Región suroriental

Griswold, Groton, Ledyard, Montville, New London, North Stonington, Norwich, Preston, Stonington, Waterford

Southeast Area Transit
District 21 Route 12
Preston, CT 06365
Correo electrónico: ADAapp@seatransit.org Teléfono: (860) 886-2631

Región del valle

Ansonia, Derby, Seymour, Shelton

Valley Transit
District 41 Main Street
Derby, CT 06418
Correo electrónico: VTD-ADA-APP@valleytransit.org
Teléfono: (203) 735-6824

Área de Middletown

Cromwell, Durham, East Hampton, Middletown, Middlefield, Portland

Middletown Transit
District 340 Main Street
Middletown, CT 06457
Correo electrónico: ADA-App@mtddct.org
Teléfono: (860) 347-3313
TTY: (860) 346-9233

Área de Meriden/Wallingford

Meriden, Wallingford

Anexo A – Proveedores de servicio ADA

North-East Transportation Company
761 Frost Bridge
Waterbury, CT 06795
Correo electrónico: ada-appnetco@ct-transwb.com
Teléfono: Meriden: 1-800-441-8901
Wallingford: 1-800-704-3113

River Valley de la parte baja de CT

*Chester, Clinton, Deep River, Durham,
East Haddam, Essex, Haddam,
Killingworth, Lyme, Old Lyme, Old
Saybrook, Westbrook*

9 Town Transit/Estuary Transit 17
Industrial Park Road
Suite 6
Centerbrook, CT 06409
Correo electrónico:
ADAapp@estuarytransit.org

**Para información sobre áreas no
enumeradas**

The Kennedy Center
2440 Reservoir
Avenue
Trumbull, CT 06611
Correo electrónico:
ada@kennedyctr.org
Teléfono: (203) 365-8522 ext.
2061

Área de Milford
Milford

Milford
Transit
District
259
Research
Drive
Milford,
CT
06460
Correo electrónico: ADA-App@milfordtransit.com Teléfono: (203) 874-4507
TTY:
(203) 882-0954

Región de Waterbury
Cheshire, Middlebury, Naugatuck, Prospect, Southbury, Thomaston, Waterbury, Watertown, and Wolcott

North-East
Transportation Company
761
Frost
Bridge
Waterbury,
CT
06795
Correo electrónico: ada-appnetco@ct-transwb.com
Teléfono: (203) 756-5550

Área de Danbury
Bethel, Brookfield, Danbury, New Milford, Ridgefield

Housatonic Area Regional
Transit District 62 Federal
Road
Danbury,
CT
06810
Correo electrónico:
info@hartransit.com
Teléfono:
(203) 744-

4070

Región suroriental
Darien, Greenwich, Norwalk, Stamford, Westport

Norwalk Transit
District 275 Wilson
Avenue
Norwalk, CT 06854
Correo electrónico: ADA-App@norwalktransit.com
Teléfono: (203) 299-5160

A-2