

Yolobus Special

Aplicación Paratransit

Estimado/a Aspirante:

La Ley de Americanos con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990 es una declaración de los derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. El objetivo de la ADA es asegurar que las personas con discapacidades específicas tengan igualdad acceso al transporte público. De acuerdo con la ADA, Yolobus debe proporcionar una variedad de servicios, incluyendo el servicio paratransit. El servicio paratransit es un servicio especializado que proporciona un viaje compartido puerta a puerta a las personas elegibles con discapacidades que no pueden utilizar el servicio de bus de ruta fija regular.

Se requiere Yolobus para determinar la elegibilidad para el servicio paratransit para los aspirantes individuales. Las categorías de elegibilidad para el servicio paratransit Yolobus Special son las siguientes:

- Las personas que no pueden abordar, montar o desembarcar de un bus de ruta fija en el sistema el cual es fácilmente accesible y usable por personas con discapacidades.
- Las personas que necesitan la ayuda de un elevador/rampa de silla de ruedas u otro dispositivo de asistencia de abordaje y pueden, con dicha asistencia, abordar, montar y desembarcar de cualquier vehículo el cual es fácilmente accesible y usable por personas con discapacidades si la persona desea viajar en una ruta del sistema durante las horas de operación del sistema a la vez, o dentro de un período razonable de tal tiempo, cuando no se utilice tal vehículo para proporcionar transporte público designado en la ruta.
- Las personas con deterioros específicos que no pueden ir a una parada de bus para abordar el bus de ruta fija, o ir a su destinación final después de desembarcar del bus de ruta fija.

Si usted cree que su discapacidad puede estar en una de las categorías descritas arriba, debe solicitar la certificación llenando el formulario adjunto “Aplicación Paratransit”. Además, un profesional autorizado (es decir, médico, fisioterapeuta o trabajador social) debe verificar su aplicación de elegibilidad.

Yolobus Special

Aplicación Paratransit

Revisión de la Elegibilidad y Proceso de Determinación

Yolobus Special revisará las aplicaciones para ver la integridad. Las aplicaciones incompletas serán devueltas al aspirante con una explicación de la información faltante.

Cuando Yolobus las reciba, las aplicaciones completadas serán selladas con la fecha. Yolobus puede consultar al profesional autorizado apropiado con respecto a su elegibilidad y/o solicitar y entrevistarse con usted si no se puede hacer una determinación exacta en base a la aplicación escrita.

Yolobus Special determinará la elegibilidad dentro de 21 días del recibo de una aplicación completa. Si es aprobada, se notificará al aspirante por escrito y se dará la elegibilidad para un período de tres años. Después de tres años, los aspirantes deben volver a aplicar. Los aspirantes elegibles recibirán una tarjeta de identificación y se les dará los materiales que explican las reglas y regulaciones que controlan el servicio.

Si se niega la elegibilidad, Yolobus Special enviará una manifestación escrita, incluyendo la razón de la no elegibilidad y una descripción completa del proceso de Yolobus Special para apelar la determinación.

Si Yolobus Special no toma una determinación dentro de 21 días, se dará al aspirante una supuesta elegibilidad y se le permitirá usar el servicio paratransit hasta que se tome una determinación. Por favor tome en cuenta, la presentación de esta aplicación no garantiza la elegibilidad.

Se incluyen los siguientes materiales para asistirle con el proceso de aplicación:

- Adjunto 1: Formulario de Aplicación (Partes A, B y C) y Lista de Chequeo
- Adjunto 2: Guía del Pasajero Paratransit
- Adjunto 3: Guías de Ruta Fija Yolobus

Yolobus Special

Aplicación Paratransit

Si usted es elegible para Yolobus Special, se le enviará por correo una carta de determinación dentro de **21** días del recibo de su aplicación **completa**. Si usted no es elegible, se le enviará por correo una carta de determinación dentro de **21** días del recibo de su aplicación **completa**. La carta explicará la razón por la cual usted no es elegible y le indicará los procedimientos a seguir si usted desea apelar. Las aplicaciones incompletas serán devueltas al aspirante con una explicación de la información faltante. Si por alguna razón no le contactan dentro de **21** días de la aplicación, usted tendrá derecho a recibir el servicio paratransit Yolobus Special hasta que reciba una determinación final de su aplicación.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la aplicación por favor llame al número de abajo o escriba a la dirección de abajo.

Gracias por su interés en el servicio paratransit Yolobus Special.

Yolobus Special
352 Industrial Way
Woodland, CA 95776
(530)-666-2877

Yolobus Special

Aplicación Paratransit

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

PARTE A: PERFIL DEL ASPIRANTE

Debe ser completado por el aspirante.

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

Parte A: Información del Aspirante

Información del Aspirante: *(Por favor en letra imprenta o mecanografiado).*

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial Segundo Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono (día): _____ (tarde): _____

(celular): _____ Localizador: _____

E-mail (opcional): _____

Fecha de Nacimiento *(dd/mm/aa)*: _____ Sexo: Mujer Hombre

Capacidad de Lenguaje: Inglés Español

(Marque todo lo que aplique) Otro, por favor especifique: _____

Información de Contacto para Emergencias:

Nombre Completo: _____

Teléfono (día): _____ (tarde): _____

Relación con el Aspirante: _____

Uso Sólo para Yolobus Special:

Número de Identificación del Aspirante: _____ Fecha de Vencimiento: _____

Ayudas de Movilidad: _____ ACP: Permitido No Permitido

Código de Categoría de Elegibilidad de la ADA: Categoría 1 Categoría 2
 3 Incondicional 3 Condicional Temporal Dial-a-Ride (West Sac)

Comentarios:

- Falta de aceras y/o cortes de cunetas
- Terreno empinado
- Temperaturas extremas (caliente o frío)
- Contaminación atmosférica severa
- Intersecciones principales u otra dificultad para superar las barreras estructurales
- Proyectos de construcción temporales
- Otro

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

Parte A: Firma del Aspirante

He revisado toda la información indicada en esta aplicación. Certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación de la información puede dar lugar a la negación del servicio. Entiendo que sólo cierta información se puede mantener como confidencial. Esta información confidencial incluye el diagnóstico específico proporcionado por la verificación profesional, la naturaleza de la discapacidad proporcionada por el aspirante y el día y el mes de nacimiento del aspirante. Entiendo que sólo la información requerida para proporcionar los servicios paratransit será divulgada a aquellos que realicen esos servicios. Entiendo que Yolobus Special puede contactar al profesional autorizado que haya completado el Formulario de Verificación Profesional (PARTE C) adjunto a esta aplicación o incluido con mi aplicación inicial para confirmar o clarificar la información. Autorizo por este medio la divulgación de esta información médica según Yolobus Special lo solicite por un período de 3 años a partir de esta fecha.

Firma del Aspirante: _____ Fecha: _____

Si una persona que no sea el aspirante ha completado este formulario, por favor marque uno:

- Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta en base a la información dada a mí por el aspirante.
- Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta en base a mi propio conocimiento de la condición de salud o discapacidad del aspirante.

Nombre en Letra Imprenta:	
Firma:	
Relación con el Aspirante:	
Teléfono: (día)	(tarde)

PARTE B: AUTO CERTIFICACIÓN

Debe ser completado por el aspirante.

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

PARTE B: AUTO CERTIFICACIÓN

Sección 1: Información de la Movilidad

1. ¿Cuál de este equipo o ayudas de movilidad utiliza usted para ayudarle a viajar? *(Marque todo lo que aplique a usted).*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio _____ |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual | <input type="checkbox"/> Andadera |
| <input type="checkbox"/> Pizarra con Ilustraciones | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Motoneta Eléctrica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica | <input type="checkbox"/> Ninguno |

2. Usando una ayuda de movilidad o por su propia cuenta, ¿hasta dónde puede ir en terreno plano? *(Marque todo lo que aplique a usted).*

- 0 a 1 cuadra de casas (o $\frac{1}{10}$ de milla)
- 2 a 4 cuerdas de casas (o $\frac{1}{4}$ de milla)
- 4 a 6 cuerdas de casas (o $\frac{1}{2}$ de milla)
- 6 a 8 cuerdas de casas (o $\frac{3}{4}$ de milla)

3. ¿Si usara el bus regular Yolobus, necesitaría a alguien con usted? *(Marque todo lo que aplique a usted).*

- Siempre para ayudarme a llegar a la parada de bus.
- Siempre para ayudarme a subir o bajar del bus.
- Siempre para ayudarme a llegar donde voy.
- A veces para ayudarme a llegar a la parada de bus.
- A veces para ayudarme a subir o bajar del bus.
- A veces para ayudarme a llegar donde voy.
- No necesito ayuda.

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

4. ¿Ha recibido alguna vez capacitación para aprender cómo utilizar un bus regular?
- Sí Capacitación fue proporcionada por: _____
- No
5. ¿Le interesa capacitación para aprender a utilizar la ruta fija regular Yolobus?
- Sí
- No
6. ¿Alguna vez ha viajado en un bus regular de tránsito?
- Sí ¿Cuán a menudo viajó? _____ días por semana.
- No
7. ¿Puede comunicarse con el conductor del bus usted mismo o con la asistencia de una ayuda?
- Sí
- No, no puedo entender al conductor.
- No, otras personas no pueden entenderme.
8. Usando un dispositivo de movilidad o por cuenta propia, ¿puede llegar a una parada regular Yolobus?
- Sí
- No *(Marque todo lo que aplique a usted).*
- No puedo encontrar la parada porque me confundo.
- Necesito ayuda cuando voy a la parada de bus.
- No puedo cruzar la calle.
- No deseo usar el bus regular.
- La lluvia intensa me imposibilita llegar allí.
- Otro _____

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

9. ¿Puede esperar 30 minutos en una parada Yolobus que no tenga asientos y un refugio?

Sí

No *(Marque todo lo que aplique a usted).*

No puedo encontrar la parada porque me confundo.

No me gusta esperar tanto.

No deseo usar el bus regular.

El clima muy caliente es peligroso para mi salud.

El clima muy frío es peligroso para mi salud.

Estar parado me cansa demasiado para viajar.

Pudiera esperar si la parada tuviera un asiento y un refugio.

Otro _____

10. ¿Sabe usted o puede averiguar dónde subirse o bajarse de la ruta fija Yolobus regular?

Sí

No *(Marque todo lo que aplique a usted).*

No puedo encontrar la parada porque me confundo.

No puedo cruzar la calle para llegar a la parada.

No sé dónde está la parada.

Otro _____

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

11. Si usted tiene dificultad para usar gradas, los buses Yolobus tienen rampas para ayudarlo a subir y bajar del bus. Si utilizara la rampa del bus, ¿podría subirse y bajarse de la rampa por cuenta propia (ya sea parado o con una ayuda de movilidad)?

- No lo sé, nunca lo he intentado.
- Sí Puedo subirme o bajar por cuenta propia.
- No *(Marque todo lo que aplique a usted).*
 - No hay espacio en mi parada de bus.
 - El terreno en mi parada de bus es demasiado desigual o empinado.
 - Me siento inseguro en la rampa.
 - Mi ayuda de movilidad no cabría en la rampa.
 - Necesito que alguien me ayude a subir y bajar.
 - Otro _____

12. Cuando se baja del bus de ruta fija Yolobus regular, ¿puede llegar al lugar que necesita ir?

- Sí
- No *(Marque todo lo que aplique a usted).*
 - Me confundo o no puedo recordar dónde debo ir.
 - Necesito que alguien me ayude a llegar donde necesito ir.
 - No me siento seguro yendo a donde necesito ir.
 - El terreno es demasiado desigual o empinado donde necesito ir.
 - No puedo caminar esa distancia para llegar donde necesito ir.
 - Podría llegar a donde necesito ir con capacitación.
 - Otro _____

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

13. Por favor describa cómo su condición física o mental limita su capacidad para utilizar un bus de ruta fija Yolobus regular.

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

Por favor lea la siguiente sección antes de completarla e indique todas las condiciones que afectan a su capacidad de utilizar la ruta fija Yolobus.

Sección 2: Información de la Condición de Salud o de Discapacidad

14. Condiciones Médicas Generales

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Escleroderma |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano | |

15. Condiciones de las Articulaciones y de los Huesos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Amputación: <i>(favor especifique)</i>
_____ | <input type="checkbox"/> Osteoartritis |
| <input type="checkbox"/> Espondilitis Anquilosante | <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Fractura de Hueso:
<i>(favor especifique)</i>
_____ | <input type="checkbox"/> Ninguno |

16. Condiciones de los Músculos/Nervios/Cerebro

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Paraplejía |
| <input type="checkbox"/> Daño Cerebral | <input type="checkbox"/> Neuropatía Periférica |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Síndrome de Pospoliomielitis |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Cuadriplejía |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Guillain-Barre! | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Hemiplejía | <input type="checkbox"/> Vértigo/Mareos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Huntington | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular | |

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

17. Condiciones Circulatorias y del Corazón

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Presión Alta |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat Periférica |
| <input type="checkbox"/> Edema | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataque/Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> Ninguno |

18. Condiciones Respiratorias y del Pulmón

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer al Pulmón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar
Obstruativa Crónica | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística | <input type="checkbox"/> Ninguno |

19. Condiciones del Habla/Audición/Visión

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Ceguera Legal |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Ceguera Nocturna |
| <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Visión Parcial |
| <input type="checkbox"/> Retinopatía Diabética | <input type="checkbox"/> Déficit del Campo Visual |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición | <input type="checkbox"/> Ninguno |

20. Condiciones Mentales/del Desarrollo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Trastorno del Estado de Ánimo |
| <input type="checkbox"/> Enanismo | <input type="checkbox"/> Sicosis |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Desarrollo:
<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Retardo Mental:
<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

21. ¿Es su condición de salud temporal?

Sí Si es así, ¿cuánto tiempo espera que dure?
Número de: Meses: _____ Años: _____

No

22. ¿Cuánto tiempo ha tenido esta condición?

Número de: Meses: _____ Años: _____

23. ¿Cambia su condición de salud o discapacidad de vez en cuando de maneras que afectan a su capacidad de utilizar el bus?

Sí Por favor explique: _____

No

PARTE C: VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Será completado por uno de los siguientes profesionales autorizados:

- Quiropráctico
- Psicólogo Autorizado
- Trabajador Social Autorizado
- Consejero en Salud Mental
- Enfermero Práctico
- Especialista en Movilidad/Orientación
- Médico
- Asistente Médico
- Enfermero Registrado
- Terapeuta Ocupacional Registrado
- Fisioterapeuta Registrado
- Profesional en Cuidados Respiratorios
- Patólogo del Habla
- Consejero en Rehabilitación Vocacional

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Yolobus Special Aplicación Paratransit

PARTE C: VERIFICACIÓN DEL PROFESIONAL AUTORIZADO

Estimado Profesional Autorizado:

La Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990 es una declaración de los derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. De acuerdo con la Ley, Yolobus Special ofrece un servicio de bus paratransit para aquellos que no pueden utilizar los buses de ruta fija Yolobus regulares.

Los pasajeros deben ser elegibles certificados para poder utilizar el servicio de bus paratransit. Los aspirantes pueden ser elegibles para este servicio de bus para algunas solicitudes de viaje pero no para todos los viajes que soliciten. La elegibilidad se basa en una incapacidad funcional para utilizar el servicio regular de tránsito.

Todos los buses de ruta fija regulares están equipados con una rampa o elevador para las personas que usan una silla de ruedas o no pueden subir gradas.

La información que usted proporcione, junto con la información del aspirante, nos permitirá tomar una determinación apropiada. Toda la información será mantenida como confidencial.

Gracias por su ayuda.

Yolobus Special
352 Industrial Way
Woodland, CA 95776
(530)-666-2877

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

PARTE C: VERIFICACIÓN DEL PROFESIONAL AUTORIZADO

Información del Aspirante de Paratransit

Apellido:

Primer Nombre:

Fecha de la última visita (dd/mm/aa):

Diagnóstico médico de la discapacidad:

1. ¿Es esta condición temporal?

Sí Si es así, ¿por cuánto tiempo? _____ (días/semanas/meses)

No

2. ¿Es la discapacidad episódica? Sí No

3. Hable sobre cómo esta discapacidad afecta a la movilidad del aspirante.

4. ¿Tiene el aspirante la capacidad mental, agudeza visual y/o capacidad auditiva para:

a. ¿Proporcionar la dirección y número de teléfono? Sí No

b. ¿Reconocer una destinación o señal? Sí No

c. ¿Tratar con un cambio(s) inesperado(s) en la rutina? Sí No

d. ¿Pedir, entender y seguir instrucciones? Sí No

5. ¿Cuánto puede caminar el aspirante sin la ayuda de otra persona?

0 a 1 cuadra de casas (o $\frac{1}{10}$ de milla)

4 a 6 cuadras de casas (o $\frac{1}{2}$ de milla)

2 a 4 cuadras de casas (o $\frac{1}{4}$ de milla)

6 a 8 cuadras de casas (o $\frac{3}{4}$ de milla)

Yolobus Special
Aplicación Paratransit

Información del Profesional Autorizado		
Nombre Completo:		
Título:		
Clínica/Negocio:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	No. de Fax:	
E-mail (<i>opcional</i>):		
Número de Licencia Profesional, Registro o Certificación:		
Agencia que Emite la Licencia/Certificación:		

He revisado toda la información contenida en esta aplicación y certifico por este medio que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Certifico que el aspirante nombrado aquí, _____ está bajo mi cuidado profesional. Juro y afirmo por este medio que el aspirante es discapacitado según lo indicado.

Firma: _____ Fecha: _____