



Solicitud de certificación de elegibilidad para el servicio de paratransito conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) – GBT Access



Si tiene dudas al momento de completar esta solicitud, llame al 366-7070, extensión 131.

Información general

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Dirección: _____

(Si corresponde) Dpto. N.º: _____ Habitación N.º: _____ Edificio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Es este un centro de enfermería con licencia? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, nombre del centro: _____

¿Es esta una residencia temporana? Sí No

N.º de teléfono (casa): _____ o N.º _____
(Celular, pariente, amigos o otro número)

N.º de retrasmisión telefónica o N.º TDD *(Si corresponde)*

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenino

¿Cómo se enteró de nuestros servicios?

¿Es Usted elegible para usar transporte médico que no sea de emergencias?
(Por ejemplo: Medicaid, Servicios Sociales, etc.) Sí No No sabe

Por favor, denos el nombre y el número de teléfono de alguien a quien podamos llamar en una emergencia o en caso que no podamos comunicarnos con usted a través de su número habitual:

Nombre: _____ Relación: _____

N.º de teléfono: (casa) _____ (otro) _____

Agencia *(si corresponde)*: _____



Si alguien lo ayudó a completar esta solicitud, le rogamos que nos dé a continuación el nombre, la dirección y el número de teléfono de esa persona:

Nombre: _____ Relación: _____

N.º de teléfono: (casa) _____ (otro) _____

Agencia (si corresponde): _____

Describa su experiencia con los autobuses urbanos públicos de su ciudad

1. ¿Usa los autobuses urbanos públicos (GBT)? Sí No A veces
2. ¿Cuándo fue la última vez que usó el servicio de autobuses urbanos públicos (GBT)?

3. Marcar a continuación lo que usted cree que describe su capacidad para usar los autobuses urbanos públicos (GBT). Puede marcar más de una opción:
 - a. Siempre puedo usar los autobuses urbanos públicos con poca o ninguna dificultad
 - b. Tengo una incapacidad que me permite usar los autobuses urbanos públicos los días en que me siento bien, pero en los “días malos” no puedo llegar a la parada ni subir al autobús.
 - c. Tengo una incapacidad temporana que me impide usar el autobús. Necesitaré servicios de paratransito hasta que me recupere.
 - d. Nunca puedo llegar a la parada del autobús debido a la gravedad de mi incapacidad..
 - e. Tengo una incapacidad que me impide recordar y comprender todo lo que tengo que hacer para usar los autobuses urbanos públicos. Quizás, con capacitación pueda aprender.
 - f. Tengo una incapacidad visual que me impide llegar a la parada del autobús y volver desde allí.
 - g. No puedo usar el autobús para algunos viajes porque no he aprendido la ruta o hay algunos otros impedimentos que no me dejan usar los autobuses urbanos públicos.

Información sobre su capacidad funcional

Responda a continuación cómo se siente la mayor parte del tiempo bajo circunstancias normales y si puede realizar esta actividad.

4. Puedo cruzar la calle si hay rampas en los bordes de las aceras.
 Siempre A veces Nunca
5. Puedo subir o bajar una pendiente gradual en buenas condiciones climáticas.
 Siempre A veces Nunca
6. Puedo llegar a la parada de autobuses urbanos públicos si alguien me muestra cómo hacerlo una vez.
 Siempre A veces Nunca
7. Puedo esperar 10 minutos en una parada de autobuses urbanos públicos que no tenga asientos ni protección.
 Siempre A veces Nunca



8. Puedo pedir, comprender y seguir instrucciones.
 Siempre A veces Nunca
9. Puedo distinguir los bordes de las aceras, las rampas y otras áreas para bajar de los vehículos.
 Siempre A veces Nunca

Responda las siguientes preguntas marcando todas las opciones que correspondan

10. ¿Qué barreras en sus alrededores le dificultarían usar los autobuses urbanos públicos?
- Falta de rampas en los bordes de las aceras
 - Falta de aceras
 - Aceras en malas condiciones
 - Tener que cruzar una calle muy transitada
 - Falta de sendas peatonales en las esquinas de las calles
 - Pendientes pronunciadas
 - otras (explíquelas) _____
11. ¿Puede subirse y bajarse de un autobús urbano público?
- Sí, puedo subir escalones
 - Sí, puedo usar el elevador
 - Probablemente podría con instrucción
 - No (explique) _____
12. ¿Toma medicamentos que afecten sus viajes diarios? _____

*Información sobre capacitación de transporte público

Podría usar los autobuses urbanos públicos, si tuviera un conocimiento general de las rutas y los horarios.

- Sí No A veces

* **Nota: La capacitación de transporte público es un servicio gratis que le ayuda a la gente a aprender cómo usar el servicio de autobuses urbanos públicos (GBT).**

¿Le gustaría recibir más información sobre capacitación de transporte público? Sí No

Información sobre su incapacidad

13. ¿Qué tipo de incapacidad le impide usar los autobuses urbanos públicos?

Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Visual |
| <input type="checkbox"/> Cognitivo | <input type="checkbox"/> Salud mental |
| <input type="checkbox"/> Auditiva | <input type="checkbox"/> Ninguna incapacidad |

Identifique la incapacidad por su nombre: _____

Describa su incapacidad en detalle: _____

14. ¿Esta condición es temporana? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuánto espera que dure? _____

15. ¿Necesita la ayuda de un asistente de cuidados personales?

- No, no necesito un asistente
- Sí, necesito un asistente
- A veces, debido a mi incapacidad hay momentos en que necesito ayuda.

16. ¿Usa alguno de los siguientes recursos? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Aparatos de soporte | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Carro | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Scooter a motor |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Otro, explíquelo: _____ | |

Certificación del solicitante

Lea el siguiente párrafo y firme a continuación.

Comprendo que esta solicitud es para determinar si hay momentos en que no puedo usar los autobuses urbanos públicos y por lo tanto debo usar el Servicio de paratransito de ADA. Comprendo que cualquier información sobre mi incapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá en confidencialidad y que solo será compartida con los profesionales involucrados en este servicio. Certifico que, conforme a mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Comprendo que si proporciono información falsa o confusa, la Agencia puede reevaluar mi elegibilidad.

Firma del solicitante o representante legal

Si firma el representante legal, especifique la relación con el solicitante

Fecha:_____

Si tiene alguna duda respecto a la solicitud o el servicio, puede llamar al 203-366-7070, extensión 131. Asegúrese de completar todas las secciones de la solicitud. Si presenta una solicitud incompleta, habrá una demora en la prestación del servicio. **Devuelva la solicitud completa a:**

Greater Bridgeport Transit
One Cross Street
Bridgeport, CT 06610
(No se acepta el envío de solicitudes por fax)



Autorización para obtener la verificación de un médico u otro profesional

Para permitir que Greater Bridgeport Transit Authority (Autoridad de Tránsito de Greater Bridgeport) evalúe su solicitud, o resuelva una apelación, puede ser necesario contactar a su médico o a otros profesionales para confirmar la información que usted ha suministrado, y para que les brinden información a los empleados de Transit Authority o a los integrantes del Paratransit Advisory Committee (Comité Asesor de Paratransito). Le rogamos que complete la siguiente información y formulario de autorización.

El siguiente: *(marque el profesional que corresponda)*

Médico Profesional de atención médica Profesional de rehabilitación

está familiarizado con mi incapacidad y le brindará información a Greater Bridgeport Transit Authority, conforme a los requisitos para completar esta certificación.

Por la presente autorizo a: Nombre del profesional: _____

Dirección del consultorio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono del consultorio: _____ N.º de fax: _____

a revelar mi historia clínica a Greater Bridgeport Transit, incluyendo, entre otros, tratamientos médicos, quiroprácticos, dentales, psiquiátricos, psicológicos, y vinculados con alcohol o drogas y afecciones relacionadas con el SIDA/VIH. El propósito de mi solicitud es obtener la historia clínica en mi nombre y permitir su uso, y el uso de la información proporcionada en esta solicitud, por parte de Transit Authority en respuesta a mi solicitud de certificación y a cualquier apelación.

Este formulario tiene el doble propósito de autorización general para la revelación y el uso de información protegida sobre salud, y una autorización específica para la revelación y el uso de información protegida por leyes y regulaciones federales de confidencialidad. La información que será revelada y usada puede contener información relacionada con pruebas, diagnósticos o tratamientos físicos, psiquiátricos, psicológicos, por drogas o VIH o SIDA.

Comprendo que la revelación y el uso de esta información sobre salud son voluntarios. Comprendo que, una vez revelada, esta información no podrá estar protegida por las reglas federales de confidencialidad y que existe la posibilidad de una nueva revelación no autorizada. Comprendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento por medio de un aviso escrito salvo que la historia clínica/información ya haya sido revelada.

Esta autorización caducará tres (3) años después de la fecha que aparece abajo a menos que sea revocada. Una copia fotostática de esta autorización tiene igual validez que el original.

Firma del solicitante o representante legal

Si firma el representante legal, especifique la relación con el solicitante

El solicitante es un menor, de _____ años de edad

El solicitante no puede dar autorización porque: _____

Thanks for **goin'gbt**

Greater Bridgeport Transit • One Cross Street • Bridgeport, CT 06610