



INSTRUCCIONES DE ELEGIBILIDAD PARATRÁNSITO GVT

(Consulte también la regulación 3 del Manual de regulaciones y procedimientos de GVRTC que se encuentra en la página de internet de Grand Valley Transit en el enlace rápido de ADA en el lado derecho de la página de inicio)

¿Quién puede ser elegible para el servicio de paratransito de GVT (por sus siglas en inglés)?

El servicio de paratransito de Grand Valley Transit (GVT por sus siglas en inglés) brinda transporte a personas que son elegibles, según los estándares de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). La ADA (por sus siglas en inglés) es una ley federal que requiere la provisión de transporte de paratransito para personas cuando su discapacidad en combinación con sus capacidades funcionales les impide utilizar el transporte público de ruta fija regular. El servicio de paratransito se proporciona para áreas dentro de 3/4 de milla de una ruta fija existente.

Requisitos para la elegibilidad de paratransito:

La ADA tiene dos requisitos para la elegibilidad de Paratransit:

1. Debe tener una discapacidad; y,
2. Su discapacidad debe impedirle usar el servicio de autobús de ruta fija de GVT

La elegibilidad para el paratransito no se basa en:

- Años
- Una incapacidad para conducir
- Finanzas personales

Se pueden otorgar los siguientes tipos de elegibilidad:

- Incondicional (la persona puede usar el servicio de paratransito para todos los viajes)
- Condicional (la persona puede usar el servicio de paratransito bajo algunas condiciones para algunos viajes)
- Temporal (la persona puede tener elegibilidad condicional/incondicional por un período definido porque se espera que cambien las limitaciones)

¿CÓMO SE DETERMINA SU ELEGIBILIDAD?

El proceso de determinación de elegibilidad de GVT Paratransit incluye:

Presentación de una solicitud completa y un Formulario de autorización médica firmado,

1. Una vez recibido, GVT enviará un formulario de verificación al profesional calificado indicado en la solicitud. Este formulario debe ser llenado en su



totalidad por el profesional calificado y devuelto a GVT; consulte la página 2 para obtener una lista de profesionales calificados aprobados

2. El personal de GVT se comunicará con el solicitante para programar una entrevista personal para revisar la solicitud completa.
3. La elegibilidad será determinada por un comité de revisión y el solicitante será notificado.

¿CÓMO SÉ SI SOY ELEGIBLE?

El solicitante recibirá un aviso de determinación de elegibilidad por carta, enviada por correo a la dirección postal proporcionada. Si se determina que el solicitante es elegible, también recibirá una Guía del Usuario de GVT Paratrásito con información sobre cómo usar el servicio. La elegibilidad será revisada para la recertificación después de 3 años.

GVT proporcionará respuesta de elegibilidad a todos los solicitantes de paratrásito, si no se llega a una decisión dentro de los siguientes 21 días después de recibir una **solicitud completa, como se define en la página 1** (FTA C 4710.1 sección 9.5.1). Si, luego de la evaluación de una solicitud de paratrásito, se determina que un solicitante al que se le ha otorgado elegibilidad presunta no es elegible para el servicio de paratrásito, el servicio de paratrásito ya no estará disponible para esa persona. Cinco días del calendario después de la fecha de envío de la carta de denegación de paratrásito enviada por GVT, el servicio de paratrásito ya no estará disponible para un solicitante no elegible.

Proceso de apelaciones

Los solicitantes que no sean elegibles o que no estén de acuerdo con las condiciones establecidas para su uso del servicio de GVT Paratrásito pueden solicitar una apelación, que debe presentarse por escrito dentro de los 60 días a partir de la fecha de la carta de determinación de elegibilidad inicial. La información sobre cómo solicitar una apelación se incluirá en la carta de determinación de elegibilidad.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

- 1) La solicitud debe estar completa antes de que sea revisada; una solicitud completa de elegibilidad de paratrásito se define por: todas las preguntas dentro de la solicitud se respondan lo mejor que pueda el solicitante,
- 2) la solicitud debe estar firmada por el solicitante o la persona que completa la solicitud,



- 3) el formulario de verificación de profesional médico completado y firmado por un profesional aprobado y devuelto a GVT.

TENGA EN CUENTA: Esta no es una solicitud de registros médicos, pero lleva información sobre su condición médica relacionada con su capacidad para usar el servicio de ruta fija.

Lista de Profesionales Cualificados:

Especialista Certificado en Orientación y Movilidad
Psiquiatra
Psicólogo
Terapeuta ocupacional
Enfermera registrada/Enfermera practicante
Asistente médico
Médico
Fisioterapeuta
Oftalmólogo
Trabajador social independiente con licencia (LISW, LICSW)
Quiropráctico

Envío de su solicitud

1. Devuelva la solicitud completa y el formulario de autorización médica:
Por correo:

Grand Valley Transit
525 S. 6th Street
Grand Junction, CO 81501

Por fax: 970-695-2046

Por correo electrónico: paratransit@mesacounty.us

Las solicitudes se aceptan en la oficina de GVT, ubicada en:

525 S. 6th Street
Grand Junction, CO 81501
First Floor – GVT bus pass window

Grand Valley Transit determinará la elegibilidad para los servicios de paratransito de la ADA.



¿Preguntas? Llame a la oficina de GVT al (970) 256-7433, de 7:00 am a 6:00 pm, de lunes a sábado. Los materiales están disponibles en letra grande y otros formatos alternativos. También está disponible la asistencia para los solicitantes que no hablan inglés.

Solicitud de servicio de paratransito (GVT)

Revisado el 13 de julio de 2022

Información General: <u>Por favor lea atentamente. Todas las preguntas deben ser respondidas. Las solicitudes incompletas o sin firmar serán devueltas.</u>		
¿Es esta una nueva solicitud o una recertificación <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Recertificación		
Parte A. Información personal		
Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre
Dirección		# de apartamento
Ciudad	Estado	Codigo postal
¿Es este un complejo de apartamentos, un parque de casas móviles o una instalación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del complejo o parada
<u>Dirección postal si es diferente:</u>		
Dirección		# de apartamento
Ciudad	Estado	Codigo postal
Teléfono Principal	Teléfono móvil	Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
Fecha de nacimiento ____/____/____	Dirección de correo electrónico:	
Parte B. Contacto de emergencia		Quién está autorizado a contactar GVT y actuar en su nombre
Nombre de contacto		Nombre de contacto (individuo u organización)
Teléfono		Teléfono



Teléfono del trabajo	Nombre de contacto (individuo u organización)
Relación	Teléfono

Parte C. Infórmenos sobre su discapacidad o condición de salud incapacitante.

- 1.) ¿Cuál es la principal discapacidad o condición de salud que cree que le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de GVT? Sea específico (Ejemplo: accidente cerebrovascular, enfisema, esquizofrenia, etc.).

Fecha de diagnóstico o inicio: _____

- 2.) ¿Tiene otras discapacidades o condiciones de salud física o mental que puedan limitar su capacidad para usar el servicio de autobús de ruta fija de GVT?

___ Si ___ No

En caso de responder si, por favor explique:

- 3.) ¿Los efectos de su discapacidad o condición de salud varían de un día a otro?

___ Si ___ No

En caso de responder si, por favor explique:

Es su discapacidad o condición de salud: ___ Permanente ___ Temporal

Cuánto tiempo: _____ Mes(es) _____ Año(s)

Si respondió temporal, por favor explique: _____



Part D. Cuéntenos sobre su uso del servicio de autobús de ruta fija de GVT

1.) ¿Ha utilizado el Servicio de Autobuses de Ruta Fija de GVT? ___ Sí ___ No

En caso de responder sí, ¿con qué frecuencia utiliza autobuses de ruta fija?

2.) ¿Cuándo fue la última vez que usó el servicio de ruta fija de GVT?

3.) ¿Qué parada de autobús GVT está más cerca de su casa? _____

¿Eres capaz de llegar a esta parada de autobús por tu cuenta? ___ Sí ___ No ___ A veces

Si su respuesta es a veces, explique: _____

4.) ¿Cómo describirías el terreno donde vives? (Ejemplo.: Colina muy empinada, acera

(banqueta) plana y desnivelada, sin acera (sin banqueta),

etc.) _____

5.) ¿Qué es lo que mejor describe su capacidad para usar el servicio de autobús de ruta fija de GVT?

_____ Puedo usar el autobús regular para la mayoría de los viajes.

_____ Podría usar el autobús regular pero sería difícil

_____ Puedo usar el autobús pero solo para viajes o destinos específicos

_____ Nunca he tratado de usar el autobús regular

_____ No puedo usar el autobús regular sin un asistente de cuidado personal

_____ No puedo usar el autobús regular en absoluto

porque: _____

6.) ¿Las condiciones meteorológicas (del clima) le impiden utilizar el autobús? (Marque todo lo que corresponda)

___ Calor

___ Frio

Nieve/hielo

___ Lluvia

¿Cómo le afecta el clima? _____

7.) ¿Cómo viaja actualmente? (Marque todo lo que corresponda)

___ Yo manejo ___ Otra persona maneja

___ Servicio de furgoneta/automóvil

___ Taxi/Lyft/Uber ___ Ruta fija ___ Paratransito

8.) ¿Alguna vez ha recibido formación en movilidad? ___ No ___ Si

Cuando _____ Donde _____

9.) ¿Cuál de las siguientes ayudas o equipos de movilidad utiliza? (Marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Caminar	<input type="checkbox"/>	Bastón blanco	<input type="checkbox"/>	Animal de servicio	<input type="checkbox"/>	Muletas
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/>	Vespa del poder	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/>	Silla de embarque	<input type="checkbox"/>	Bastón
<input type="checkbox"/>	Oxígeno portátil	<input type="checkbox"/>	Dispositivo protésico	<input type="checkbox"/>	Asistente de comunicación	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Otro (por favor describa):

10.) Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿podría trasladarse a un asiento de autobús o vehículo? ___ Sí ___ No

11.) Marque la distancia más lejana que crea que puede viajar razonablemente sin la ayuda de otra persona. Suponga que viajará en un terreno parejo donde no hay barreras ni condiciones climáticas que afecten su movilidad. (Si usa un dispositivo de movilidad, responda asumiendo que usará su dispositivo de movilidad principal)



- Menos de 200 pies
- 1/4 de milla (3 cuadras)
- 1/2 milla (5 cuadras)
- 3/4 de milla (8 cuadras)
- Más de 3/4 de milla

Por favor calcule cuánto tiempo tomaría esto. _____ Minutos.

SIN el uso de su dispositivo de movilidad principal, ¿qué tan lejos puede viajar?

- De nada
- Menos de 200 pies
- 1/4 de milla (3 cuadras)
- 1/2 milla (5 cuadras)
- 3/4 de milla (8 cuadras)
- Más de 3/4 de milla

Por favor calcule cuánto tiempo tomaría esto. _____ Minutos.

12.) ¿Puede esperar en una parada de autobús que no tiene techo o banca?

Si No

En caso de responder sí, ¿por cuánto tiempo?

- Menos de 5 minutos
- Menos de 10 minutos
- 10 minutos o más

13.) ¿Puede identificar el autobús correcto, cuando hay varios autobuses que dan servicio a una parada o centro de tránsito?

Si No

14.) Al usar el servicio de paratransito, ¿su condición de salud/discapacidad requerirá que viaje con un asistente de atención personal (PCA)?

___ Sí ___ No ___ A Veces

* Un PCA es una persona que viaja como ayudante que está designada o empleada por una persona con discapacidad para ayudar a esa persona a cumplir con sus necesidades, facilitar el viaje y/o proporcionar asistencia a la persona cuando llegan a su destino. Es PCA por sus siglas en inglés.

15.) Algunas personas no pueden quedarse solas en su residencia u otro destino; por ejemplo, personas con demencia o enfermedad de Alzheimer. ¿Alguien siempre necesita encontrarse con usted cuando llega a un destino?

___ Si ___ No

Part E: Habilidades de navegación

Es usted:

¿Es capaz de pedir, comprender y seguir instrucciones? ___ Si ___ No

¿Capaz de reconocer destinos, paradas de autobús o puntos de referencia? ___ Si ___ No

¿Es capaz de reconocer la información impresa? ___ Si ___ No

¿Es capaz de procesar palabras habladas o información auditiva? ___ Si ___ No

¿Es capaz de comunicar necesidades? ___ Si ___ No

¿Es capaz de hacer frente a problemas inesperados o cambios en la rutina? ___ Si ___ No

¿Es capaz de viajar de forma independiente y segura a través de instalaciones abarrotadas y/o complejas? ___ Si ___ No

¿Puede viajar de forma independiente a lo largo de las banquetas (aceras) y otras vías peatonales? ___ Si ___ No

¿Es capaz de cruzar una calle muy transitada de forma independiente? ___ Si ___ No

¿Puede usar un teléfono para hacer y recibir llamadas? ___ Si ___ No

Parte F. Discapacidad visual (Las siguientes son preguntas sobre discapacidades visuales, si no corresponde, omita esta sección)

1.) Describa su discapacidad visual. _____

¿Cuánto tiempo ha tenido esta discapacidad visual? _____

2.) ¿Está legalmente ciego/a? ___ Si ___ No

3.) ¿Es la condición estable, degenerativa o cambiante?

4.) ¿Tiene algún dispositivo de movilidad especializado específico para su discapacidad visual? (Ejemplo: guía vidente) ___ Si ___ No

Si respondió sí, favor de explicar: _____

¿Es capaz de viajar al aire libre por ti mismo? ___ Sí ___ No

En caso de ser sí:

___ ¿Solo en su propiedad?

___ A lugares cercanos. (en su cuadra)

___ Con mal tiempo (Nieve/Lluvia) Por favor explique: _____

A lugares más lejanos. Por favor explique: _____

Si respondió que sí a la pregunta 19 y marcó "A lugares más lejanos", marque si puede cruzar:

___ Calles tranquilas

___ Intersecciones muy transitadas

___ En los semáforos



Si tiene visión parcial, su visión se ve afectada por

- Luz solar brillante
- Lugares con poca luz o sombreados
- Noche

5.) Si dejó de usar el sistema de autobuses de ruta fija, explique:

Part G: Preguntas generales: las siguientes son preguntas generales para ayudar a GVT a brindar un mejor servicio a sus clientes. Responda todas las preguntas aplicables lo mejor que pueda.

1.) Si necesita una rampa o ascensor para poder viajar con seguridad, ¿su residencia o arreglo de vivienda tiene una entrada accesible según la ADA?

Si No

2.) Si desea designar un lugar para que pasen por usted que no sea la puerta principal o la entrada principal de su residencia, especifique dónde desea que GVT lo recoja. (ejemplo; entrada lateral del edificio al oeste)

3.) Proporcione cualquier otra información que pueda ayudar a GVT a brindarle la mejor experiencia.



Parte H: Lea lo siguiente y firme la solicitud.

Para el solicitante: Las solicitudes deben estar firmadas. Las solicitudes sin firmar serán devueltas.

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para usar los servicios de paratransito de GVT. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en la denegación del servicio. Entiendo que la información que proporcione se divulgará solo según sea necesario para evaluar la elegibilidad para el servicio de paratransito de GVT y para proporcionar servicios de paratransito si se determina que soy elegible.

Solicitante o representante legal

Fecha

Si esta solicitud fue completada por alguien que no sea el solicitante: Si alguien que no sea el solicitante ayudó a completar esta solicitud, esa persona debe completar y firmar lo siguiente:

Relación con el solicitante: _____

Nombre Apellido: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Otro: _____ - _____ - _____

Afiliación a la organización o agencia: _____

Tengo conocimiento de la discapacidad o condición de salud del solicitante. Si No

Soy consciente de cómo la discapacidad o condición de salud del solicitante limita o impide el uso del sistema de autobús de ruta fija GVT. Si No

Firma del Representante

Fecha



Part I: Formulario de autorización médica

Autorización para divulgar información médica

Para permitir que GVT evalúe su solicitud de transporte según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, es necesario comunicarse con un proveedor de atención médica que esté familiarizado con su discapacidad para que se complete un Formulario de verificación profesional.

Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de un proveedor de atención médica u otro profesional calificado aprobado que esté más familiarizado con su condición de salud o discapacidad específica (consulte la página 3 para obtener una lista de profesionales médicos aprobados). GVT enviará el formulario de verificación a esta persona, quien luego lo devolverá a GVT para completar su solicitud.

1.) Nombre del Profesional: _____ Título _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

2.) (Opcional)

Nombre del Profesional: _____ Título _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Autorizo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente a divulgar información al Programa de paratransito de Grand Valley Transit (GVT). Entiendo que esta información se usará exclusivamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito de la ADA y será vista por el personal de TransDev/GVT, el Departamento de Salud del Condado de Mesa (según sea necesario) y puede ser revisada por el Comité de Apelaciones si se solicita una apelación. De lo contrario, la solicitud se mantendrá segura y confidencial.

Entiendo que esta información será válida por 90 días. Entiendo que puedo revocar esta autorización médica por escrito en cualquier momento a la oficina de GVT.

Nombre del solicitante (por favor escriba en letra de molde): _____



Firma del solicitante o representante legal: _____

Fecha de hoy: _____ Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Parte J: Instrucciones sobre firmas y presentación de solicitudes a GVT

Antes de devolver la solicitud, asegúrese de que:

- 1.) Responde a todas las preguntas aplicables a su condición de salud o discapacidad
- 2.) Usted firma la Parte H en la página 12
- 3.) Usted completa y firma la Parte I: Formulario de autorización médica en la página 13

Favor de devolver la solicitud a la oficina de GVT

Por correo postal:

Grand Valley Transit
525 S. 6th Street
Grand Junction, CO 81501

Por fax: 970-695-2046

Por correo electrónico: paratransit@mesacounty.us

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, incluido un formato alternativo, llame a la oficina de GVT al (970) 256-7433.