



Oficina de
Elegibilidad
100 Hale
Street
Lowell, MA 01851
(978) 452-6161, ext. 204

Solicitud e Instrucciones de Elegibilidad de Paratransito de la ADA

Estimado solicitante:

Gracias por preguntar acerca de cómo solicitar la Elegibilidad para Road Runner, el servicio de paratransito de la ADA de la Autoridad de Tránsito Regional de Lowell (LRTA). Se adjunta la copia de una solicitud de Certificación de Elegibilidad de Paratransito de la ADA.

El servicio de paratransito de la ADA de la LRTA, Road Runner, brinda servicio a las personas que no pueden utilizar el de autobús de ruta fija debido a una discapacidad. La incapacidad para viajar en el servicio de autobuses de ruta fija incluye no poder viajar hacia y desde las paradas de autobuses, no poder abordar o salir de los autobuses, o no entender cómo viajar y usar el sistema de autobuses. Road Runner brinda sus servicios a todas las áreas dentro de $\frac{3}{4}$ de milla de cada lado de todas las rutas a las que da servicio el sistema de autobuses de ruta fija de la LRTA.

El servicio de paratransito Road Runner ofrece servicios de viaje compartido, de origen a destino, a personas determinadas como "elegibles para la ADA" para aquellos viajes que no se pueden realizar con el servicio de ruta fija. Por ejemplo, es posible que pueda usar el servicio de ruta fija para algunos viajes si las paradas están cerca y no hay barreras que le impidan ir y venir del autobús. En otras ocasiones, es posible que no pueda usar el autobús; el servicio de paratransito Road Runner está destinado a ayudarle en esos momentos.

Road Runner también ofrece un servicio Dial-A-Ride (DAR) para personas mayores de 60 años que viven en ciudades cercanas a Lowell, MA. También se adjunta una solicitud para el servicio DAR. El horario del servicio DAR no está vinculado al servicio de la ADA de la LRTA. El servicio DAR es un servicio limitado previa solicitud. También lo alentamos a que se comuniquen con la Agencia para la Tercera Edad local acerca de los servicios de transporte para personas mayores o de la ADA.

Para permitirnos determinar con precisión su elegibilidad para cualquiera de los dos servicios, complete una o ambas solicitudes adjuntas con la mayor precisión posible. Las preguntas para el servicio de la ADA están destinadas a determinar las circunstancias en las que puede utilizar los servicios de ruta fija o de paratransito.

Si necesita ayuda para completar este formulario, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con esta oficina al (978) 452-6161, ext. 204. Esta carta y la solicitud

para el servicio de la ADA están disponibles en formatos alternativos.

Una vez que haya completado la solicitud de la ADA, solicite que un profesional de la salud con licencia o un asistente social de casos de discapacidad complete la información del profesional de la salud. La información que usted proporcione es confidencial.



Oficina de Elegibilidad
100 Hale Street
Lowell, MA 01851
(978) 452-6161, ext. 204

No adjunte información médica a esta solicitud.

Envíe su solicitud a:
Oficina de Elegibilidad
Autoridad de Tránsito Regional
de Lowell 100 Hale Street
Lowell, MA 01851

Las solicitudes completadas se procesarán dentro de los veintiún días siguientes a la recepción. Se le notificará por escrito de la determinación y su clasificación de elegibilidad. Si requerimos tiempo adicional para completar la determinación de la ADA, se le otorgará elegibilidad presunta y temporal hasta que se complete el proceso.

Si la Oficina de Elegibilidad determina que usted puede usar el servicio de autobús de ruta fija de la LRTA y, por lo tanto, no es elegible para el servicio de paratransito, le notificaremos los motivos de esta determinación. Puede apelar la determinación y su clasificación de elegibilidad. Se le proporcionará una copia del Formulario de Apelación de Elegibilidad. Si el proceso de apelación no puede concluirse dentro de los 30 días, Road Runner le proporcionará una elegibilidad temporal.

Esperamos recibir su solicitud. Sinceramente,

Richard Garrett
coordinador de
Elegibilidad Oficina
de Elegibilidad
Autoridad de Tránsito Regional de
Lowell 100 Hale Street
Lowell, MA 01852
(978) 452-6161, ext. 204



Formulario de solicitud de elegibilidad de paratransito de la ADA

Oficina de la LRTA para el acceso al transporte 100 Hale Street
Lowell, MA 01851
(978) 452-6161 EXT. 204
Correo electrónico:
TransportationAccess@LRTA.com

Solo para uso de la LRTA	
Clasificación: Aprobado	Clasificación: Denegado
1. Permanente _____	1. Contradicción profesional _____
2. Condicional _____	2. Capacidad de ruta fija _____
3. Temporal _____	3. Solicitud incompleta _____
4. Visitante _____	
Fecha de aprobación _____	
N.º de id. del cliente _____	

PARTE A

(Todos los solicitantes deben completar esta parte)

1. SOLICITANTE

NOMBRE _____ GÉNERO MASCULINO FEMENINO
Primer nombre/Segundo nombre /Apellido

DIRECCIÓN _____ N.º DE APTO. _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
DD/MM/AAAA

TELÉFONO DE LA CASA _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

2. CONTACTO DE EMERGENCIA (si corresponde)

NOMBRE _____

TELÉFONO DE LA CASA _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____

¿Está solicitando la Elegibilidad de paratransito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)?

Sí, estoy solicitando la "Elegibilidad de paratransito de la ADA".

COMPLETE LAS PARTES B y C SIGUIENTES

PARTE B

Esta parte solo se debe completar si tiene una discapacidad o una afección médica que le impide usar el servicio de autobús de ruta fija de la LRTA. Las personas que completen esta sección serán consideradas para la "**Elegibilidad de paratransito de la ADA**". La información sobre la discapacidad o la afección médica se mantendrá estrictamente confidencial.

1. ¿Cuál es su discapacidad o afección médica, y de qué forma le impide usar los autobuses de la LRTA en algún momento o todo el tiempo?

2. ¿Su discapacidad es temporal? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo se espera que dure? Meses Años

3. ¿Necesita que alguien lo acompañe para que le ayude cuando viaja (un asistente de cuidado personal, PCA)?

Sí No De vez en cuando

4. Ceguera legal: Total Visión reducida Visualmente discapacitado pero no legalmente ciego

5. Audición: Sordo Persona con discapacidad auditiva

6. Otro: Paciente de diálisis

7. ¿Utiliza un dispositivo de movilidad o equipo para viajar? Sí No

8. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES DISPOSITIVOS DE MOVILIDAD O EQUIPOS UTILIZA PARA IR ADONDE NECESITA?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Escúter eléctrico |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Bastón guía |
| <input type="checkbox"/> Dispositivo protésico/férula | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio (perro guía, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro | |

Especifique _____

9. CON O SIN EL DISPOSITIVO DE MOVILIDAD IDENTIFICADO ANTERIORMENTE, HAY ALGUNAS CONDICIONES que podrían evitar que viaje una distancia determinada o que espere en una parada de autobús, como: falta de aceras, temperaturas superiores o inferiores a _____, precipitaciones, durante episodios médicos, etc. _____

10. ¿PUEDE INGRESAR EN UN VEHÍCULO SIN RAMPA O ELEVADOR?

- Sí No A veces (Si marcó a veces, explique qué condiciones lo impedirían):

11. ¿PUEDE VIAJAR 200 PIES DE MANERA SEGURA SIN LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA?

- Sí No A veces (Si marcó a veces, explique qué condiciones lo impedirían):

12. ¿PUEDE VIAJAR 1/4 DE MILLA DE MANERA SEGURA SIN LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA?

- Sí No A veces (Si marcó a veces, explique qué condiciones lo impedirían):

13. ¿PUEDE VIAJAR 1/2 DE MILLA DE MANERA SEGURA SIN LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA?

Sí No A veces (Si marcó a veces, explique qué condiciones lo impedirían):

14. ¿PUEDE VIAJAR 3/4 DE MILLA DE MANERA SEGURA SIN LA ASISTENCIA DE OTRA PERSONA?

Sí No A veces (Si marcó a veces, explique qué condiciones lo impedirían):

15. ¿PUEDE SUBIR TRES ESCALONES DE 12 PULGADAS DE MANERA SEGURA SIN ASISTENCIA?

Sí No A veces (Si marcó a veces, explique qué condiciones lo impedirían):

16. ¿PUEDE ESPERAR FUERA DURANTE DIEZ MINUTOS SIN SENTARSE EN UN BANCO?

Sí No A veces (Si marcó a veces, explique qué condiciones lo impedirían):

17. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ANTERIORMENTE ES CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Firma del solicitante

Fecha

Si necesita ayuda para completar este formulario, o si tiene alguna pregunta, llame a la Oficina de Elegibilidad al 978-452-6161, ext. 204. Esta solicitud es accesible y está disponible para usted en formatos alternativos.

****IMPORTANTE**

La información provista por el servicio humano o profesional de la salud en la **página n.º 6** solo se utilizará para ayudar a que la LRTA decida si usted es elegible para Road Runner de la ADA y para asegurarnos de que entendemos sus necesidades de viaje. **Si la página n.º 6 está incompleta, no podemos determinar su elegibilidad.** Esta información personal solo se compartirá con las personas que le proporcionarán el servicio de transporte.

18. EVALUACIÓN DEL SERVICIO HUMANO O PROFESIONAL DE LA SALUD

Por la presente autorizo a que el servicio humano o profesional de la salud divulgue cualquier información necesaria para determinar la Elegibilidad de Road Runner para la LRTA.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

"La solicitud completada se procesará dentro de los veintiún días siguientes a la recepción. Se le notificará por escrito de la determinación y su clasificación de elegibilidad. Si la LRTA necesita tiempo adicional para completar la determinación de la ADA, se le otorgará elegibilidad presunta y temporal hasta que se complete el proceso".

PARTE C

EL SERVICIO HUMANO O PROFESIONAL DE LA SALUD DEBE COMPLETAR ESTA PARTE

AVISO IMPORTANTE PARA EL SERVICIO HUMANO O PROFESIONAL DE LA SALUD:

*La información que proporcione nos ayudará a determinar la capacidad funcional del solicitante para utilizar el transporte público. Es esencial que sea lo más preciso y exhaustivo posible en su evaluación.
Gracias por su cooperación.*

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

Nombre del solicitante _____

Dirección _____

Relación profesional con el solicitante _____

Proporcione (escriba en letra de imprenta) una evaluación narrativa del nivel funcional de movilidad del solicitante, describa cualquier otro efecto de la discapacidad e indique si está de acuerdo con la evaluación del solicitante de su capacidad funcional para usar los autobuses de la LRTA:

El solicitante es capaz de hacer lo siguiente:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Proporcionar información como dirección y número de teléfono a petición? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Reconocer un destino o punto de referencia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tratar situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Solicitar, entender y seguir instrucciones? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar de manera segura a través de instalaciones llenas o complejas de la LRTA? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar de manera segura 1/2 milla sin ayuda? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Viajar de manera segura 3/4 de milla sin ayuda? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ANTERIORMENTE ES CORRECTA A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

Utilice el sello de identificación de la Oficina del Profesional de HS/HC a continuación (incluya nombre, número de licencia, dirección y teléfono comercial).

Profesional de HS o HC licenciado/certificado

Se debe enviar el formulario lleno a:

Oficina de la LRTA para el acceso al
transporte 100 Hale Street, Lowell, MA
01851