

SOLICITUD AL SISTEMA DE TRÁNSITO DE SIOUX CITY DE LA CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL PARATRÁNSITO (ADA)

La información obtenida por el Sistema de Tránsito de Sioux City como parte de este proceso de certificación sólo se utilizará a efectos del suministro de servicios de transporte. Dicha información sólo será compartida con otros proveedores de servicios de transporte a fin de facilitar los desplazamientos en la zona urbana, y no será entregada a ninguna otra persona ni agencia. Entregue la solicitud totalmente rellena y los formularios de solicitud de verificación profesional a:

The Sioux City Transit System
509 NEBRASKA STREET
SIOUX CITY, IA 51101

La información a continuación será utilizada a fin de garantizar que se utilicen vehículos adecuados al suministrarle servicios de transporte a usted, y para que el Sistema de Tránsito de Sioux City pueda hacer un análisis preciso de su solicitud de transporte.

1. Nombre: _____

2. Dirección: _____

Ciudad/Estado/Zona postal: _____

3. Teléfono: Hogar (____) -
 Trabajo (____) -

4. Fecha de nacimiento: / /

5. ¿Qué discapacidad le impide el uso de los autobuses de ruta fija?

¿Su discapacidad es temporal? SÍ____ NO____
Si la respuesta es sí, ¿cuánto durará?

6. ¿De qué manera le impide el uso de los autobuses de ruta fija?

7. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas de desplazamiento? (marque todas las que correspondan)

____ Silla de ruedas manual

____ Silla motorizada

____ Muletas

____ Perro lazarillo

____ Aparato de audición

____ Tablero de comunicaciones

____ Prótesis

____ Otro _____

____ Silla de ruedas eléctrica

____ Bastón

____ Bastón blanco

____ Caminadora

____ Silla de transferencia

____ Tablero de comunicaciones

____ Bombona de oxígeno

8. ¿Cuando utiliza medios de transporte, ¿requiere de la ayuda de un asistente de atención personal (PCA)? SÍ____ NO____

9. ¿Puede realizar alguna de las siguientes actividades?
- | | | |
|---|---------|---------|
| caminar 1 cuadra sin ayuda | SÍ_____ | NO_____ |
| caminar 4 cuadras sin ayuda | SÍ_____ | NO_____ |
| caminar 4 cuadras sin ayuda | SÍ_____ | NO_____ |
| subir 3 escalones de 12 pulgadas (30 cm)
sin ayuda | SÍ_____ | NO_____ |
| esperar en la calle sin ayuda durante
10 minutos | SÍ_____ | NO_____ |

10. ¿Es usted elegible o recibe ya los beneficios del Capítulo XIX?
- SÍ_____ NO_____

11. Con mi firma certifico que la información proporcionada es correcta.

Firmado_____ Fecha _____

12. Si esta solicitud fue rellena por una persona distinta del solicitante, dicha persona debe indicar la siguiente información:

Nombre_____

Dirección_____

Ciudad/Estado/Zona postal_____

Teléfono durante el día_____

Firmado _____ Fecha _____

Para que el Sistema de Tránsito de Sioux City pueda evaluar su solicitud, podría ser necesario ue nos comuniquemos con un médico o con otro profesional a fin de verificar la información suministrada por usted. Rellene el siguiente formulario de información y autorización.

El **médico** _____
(marque una) **profesional de la atención médica** _____
profesional de cuidados de rehabilitación _____

está familiarizado con mi incapacidad, y está autorizado para suministrar al Sistema de Tránsito de Sioux City la información necesaria para solicitar esta certificación.

Nombre _____

Dirección_____

Ciudad/Estado/Zona postal_____

Teléfono durante el día _____

PERSONA DE CONTACTO EN EMERGENCIAS: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

**Envíe esta solicitud totalmente rellena al The Sioux City Transit System
509 Nebraska Street
Sioux City, Iowa 51101**

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Estimado/a _____:

Anexo encontrará un formulario de autorización que nos fue enviado por _____, quien indicó que usted está familiarizado/a con su discapacidad y sus efectos en su capacidad para utilizar nuestros servicios de tránsito. ***Este formulario no se considerará totalmente rellenado hasta que no estén contestadas todas las preguntas.*** La información suministrada por usted permitirá que el Sistema de Tránsito de Sioux City haga una evaluación oportuna de la solicitud de servicios de transporte que nos fue enviada, y **debe ser enviada de vualte en un lapso no mayor de 5 días.**
Gracias por su cooperación.

1. ¿Es usted el médico del solicitante? Sí _____ NO _____
2. ¿Qué discapacidad impide que el solicitante utilice el sistema de transporte de ruta fija?

¿Es temporal dicha discapacidad? Sí _____ NO _____

3. Si el solicitante sufre de una discapacidad que afecte su capacidad de desplazamiento, responda lo siguiente:
 - a. Si suponemos que la longitud de una cuadra urbana es de 500 pies (150 m), ¿cuántas cuadras puede caminar el solicitante sin ayuda
0 cuadras _____ 2 cuadras _____ 4 cuadras _____ 6 cuadras _____
8 cuadras _____ 10 cuadras _____
 - b. ¿El solicitante utiliza alguna ayuda de desplazamiento? Sí _____ NO _____
Si la respuesta es sí, especifique: _____
 - c. ¿Cuántas cuadras puede caminar el solicitante con el uso de una ayuda de desplazamiento?
0 cuadras _____ 2 cuadras _____ 4 cuadras _____ 6 cuadras _____
8 cuadras _____ 10 cuadras _____
 - d. ¿Cuántos escalones de 7 pulgadas (18 cm) (altura promedio de los escalones) puede subir el solicitante sin ayuda?
 - e. ¿Cuántos escalones de 10 pulgadas (30 cm) puede subir el solicitante sin ayuda? _____
 - f. ¿Cuánto tiempo puede esperar el solicitante la llegada de un autobús a la parada? 10 minutos _____ 20 minutos _____ 30+ minutos _____
 - g. ¿Puede el solicitante entrar y salir de un elevador de sillas de ruedas sin ayuda? Con o sin una ayuda de desplazamiento? Sí _____ NO _____
 - h. ¿Requiere el solicitante de la ayuda de un asistente de atención personal a fin de utilizar medios de transporte público? public transit? Sí _____ NO _____

i. ¿El solicitante puede leer avisos informativos? SÍ _____ NO _____
Si la respuesta es no, explique _____

j. ¿Puede el solicitante desplazarse con autonomía? SÍ _____ NO _____
Si la respuesta es no, explique: _____

¿Es esta persona capaz de:

k. ¿Puede el solicitante dar su dirección y número telefónico si se le solicita?
SÍ _____ NO _____

l. ¿Puede el solicitante reconocer sus alrededores? SÍ _____ NO _____

m. ¿Puede el solicitante manejar situaciones imprevistas y cambios en la rutina?
SÍ _____ NO _____

n. ¿Puede el solicitante preguntar por direcciones, entender la información que se le dé y seguirla? SÍ _____ NO _____

o. Puede el solicitante desplazarse sin riesgo y de manera eficaz en lugares llenos de gente y/o complicados? SÍ _____ NO _____

4. Si es el caso, ¿qué situación meteorológica podría impedir que el solicitante pueda desplazarse de manera autónoma? Explique en detalle:

5. Explique toda otra limitación funcional no indicada anteriormente que afecte la capacidad de desplazamiento del solicitante. Sea específico:

6. En su opinión, ¿es capaz el solicitante de utilizar el sistema de rutas fijas (rutas normales de autobuses públicos)? SÍ _____ NO _____

7. Su nombre: _____
Dirección de su oficina/consultorio: _____
Número telefónico de su oficina/consultorio: (_____) _____
Firma: _____
Fecha: _____

Envíe de vuelta el formulario totalmente relleno a: The Sioux City Transit System
509 Nebraska Street
Sioux City, IA 51101