

Solicitud de servicio de paratránsito

Parte 1: Cuestionario para el solicitante de paratránsito

El solicitante o una persona autorizada para firmar en nombre del solicitante debe completar este formulario. Todos los solicitantes deben firmar la Autorización para revelar información al final de este formulario.

Parte 2: Formulario de verificación profesional

Es responsabilidad del solicitante proporcionar a su profesional de atención médica el Formulario de verificación profesional.

Un profesional calificado que conozca la condición del solicitante y esté capacitado para responder debe completar el Formulario de verificación profesional. Los profesionales calificados incluyen:

- Especialista certificado en orientación y movilidad
- Quiropráctico
- Trabajador social autorizado
- Terapeuta ocupacional
- Oftalmólogo
- Fisioterapeuta
- Médico
- Asistente médico
- Psiquiatra
- Psicólogo
- Enfermero registrado/enfermero de práctica avanzada

Los solicitantes DEBEN enviar los dos formularios juntos

Las solicitudes no se consideran completas hasta que se reciban el Cuestionario para el solicitante de paratránsito (Parte 1) y el Formulario de verificación profesional (Parte 2). Las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante.

Las solicitudes completas se pueden entregar a GVT de las siguientes maneras:

1. Correo:
Grand Valley Transit
525 S. 6th St.
Grand Junction, CO 81501
2. Fax: 970-237-5377
3. En persona:
También puede entregar todos los formularios en persona en la dirección de arriba, de lunes a sábado, 5:15 a. m. – 8:00 p. m.

Proceso de revisión

Todas las solicitudes se procesarán en un plazo de 21 días calendario después de recibir el paquete completo. Se comunicarán con los solicitantes para programar una entrevista en persona. Se proporcionará transporte, si fuera necesario, sin costo alguno. Después de la entrevista, se tomará una determinación final y se informará por escrito a los solicitantes la determinación de Grand Valley Transit sobre su elegibilidad.

Aprobado: _____

Solicitud recibida: _____

Fecha de vencimiento: _____

Cuestionario para el solicitante de paratránsito

¿Es esta una solicitud nueva o una recertificación? ☐ Nueva ☐ Recertificación

Información del solicitante

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido: _____

Dirección, número de apartamento: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

¿Es este un complejo de apartamentos, un parque de casas móviles o un centro? ☐ Sí ☐ No

Nombre del complejo o centro: _____

Teléfono de casa, teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método de aviso preferido

☐ Llamada de voz ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

Sexo (opcional)

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario ☐ Prefiero no decir

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Idioma principal

☐ Inglés ☐ Otro _____

☐ Marque esta casilla si otra persona que no sea el solicitante está completando este formulario y proporcione la siguiente información

Información del tutor legal

Nombre, inicial del segundo nombre y apellido: _____

Dirección, número de apartamento: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono de casa, teléfono celular: _____

Relación con el solicitante (familiar, trabajador social, etc.): _____

¿Con quién debemos comunicarnos en caso de emergencia?

Nombre del contacto de emergencia: _____

Teléfono principal y teléfono secundario: _____

¿Quién está autorizado para comunicarse con Grand Valley Transit en su nombre?

Nombre del contacto 1 (persona u organización): _____

Teléfono del contacto 1: _____

Nombre del contacto 2 (persona u organización): _____

Teléfono del contacto 2: _____

Información general

¿Cuánto tiempo quiere usar el servicio?

☐ Temporalmente ☐ Permanentemente

¿Cuál es su principal opción de transporte actual?

☐ Caminar ☐ Taxi/Uber/Lyft ☐ Ruta fija de Grand Valley Transit

☐ Manejar ☐ Viajar con alguien ☐ Bicicleta

☐ Otro, especifique: _____

¿Puede usar el autobús de ruta fija sin la ayuda de otra persona?

☐ Sí, actualmente uso los autobuses de ruta fija ☐ No, nunca los he usado.

☐ Solo lo uso con ayuda de otras personas ☐ Solo lo uso cuando las paradas son accesibles ☐ Ya no lo uso porque:

Grand Valley Transit ofrece capacitación gratuita y en persona para ayudarlo a aprender a usar nuestros autobuses de ruta fija. ¿Le interesaría esto como alternativa?

☐ No ☐ Sí ☐ Es posible, comuníquese conmigo.

¿Necesita que un asistente de cuidado personal viaje con usted?

☐ No ☐ Sí ☐ A veces, especifique: _____

¿Viaja con un animal de servicio?

☐ No ☐ Sí, tipo: _____

Ayuda necesaria

¿Qué aparatos de movilidad usará? (Nota: Los aparatos de movilidad más grandes y los que pesan más de 600 libras con la persona en ellos pueden superar la capacidad de transporte de equipo).

- ☐ Bastón ☐ Bastón blanco ☐ Silla de ruedas manual ☐ Muletas ☐ Prótesis
- ☐ Silla de ruedas eléctrica o scooter ☐ Andador ☐ Oxígeno portátil
- ☐ No necesita ayuda

¿Cuál es su peso corporal aproximado? _____ lb.

¿Puede completar las siguientes tareas sin la ayuda de otra persona? Marque una casilla para cada pregunta. Si contesta “Algunas veces” en alguna pregunta, explique abajo.

A. ¿Puede llegar/salir de una parada de autobús?

☐ Siempre

☐ Nunca

☐ Algunas veces; si es así, explique: _____

B. ¿Puede caminar o desplazarse con un dispositivo de movilidad por 3 cuerdas en terreno plano?

☐ Siempre

☐ Nunca

☐ Algunas veces; si es así, explique: _____

C. ¿Puede subir/bajar de un autobús de ruta fija sin usar el elevador o la rampa?

☐ Siempre

☐ Nunca

☐ Algunas veces; si es así, explique: _____

D. ¿Puede subir/bajar de un autobús de ruta fija usando el elevador o la rampa?

☐ Siempre

☐ Nunca

☐ Algunas veces; si es así, explique: _____

E. ¿Puede subir tres escalones de tamaño promedio?

☐ Siempre

☐ Nunca

☐ Algunas veces; si es así, explique: _____

- F. ¿Puede esperar de pie en una parada de autobús durante 15 minutos?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- G. ¿Puede esperar sentado en una parada de autobús durante 15 minutos?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- H. ¿Puede mantener el equilibrio al subir, bajar y viajar en un autobús de ruta fija?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- I. ¿Puede entender y seguir instrucciones verbales?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- J. ¿Puede reconocer las paradas y los puntos de referencia correctos para completar un viaje?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- K. ¿Puede escuchar cuando el operador anuncia las paradas?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- L. ¿Puede leer y seguir los letreros informativos?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- M. ¿Puede planificar un viaje usando un horario de autobuses?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____
- N. ¿Puede comunicar su información personal con claridad?
- ☐ Siempre
- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces; si es así, explique: _____

Use este espacio si necesita dar más explicación sobre las casillas marcadas "Algunas veces":

Información sobre la discapacidad

Estas preguntas ayudan a describir su discapacidad y cómo esta lo puede afectar. ¿Cuál es su discapacidad?

Su discapacidad es:

☐ Permanente ☐ Estable ☐ Progresiva ☐ Temporal, ¿por cuánto tiempo?

Meses: _____ Años: _____

Explique cómo su discapacidad le impide hacer lo siguiente:

Proporcione una respuesta completa y específica. Adjunte una página más si es necesario.

• Subir o bajar de un autobús de ruta fija con elevador/rampa: _____

• Llegar a una parada de autobús o salir de ella: _____

• Completar con éxito un viaje en autobús: _____

Puede, con un dispositivo de movilidad si es necesario:

¿Puede llegar desde la entrada hasta la acera? ☐ Sí ☐ No

¿Puede esperar en el borde de la calle para que lo recojan? ☐ Sí ☐ No

¿Puede esperar en la puerta principal/lobby para que lo recojan? ☐ Sí ☐ No

(Nota: Los operadores de Grand Valley Transit no tienen permitido cruzar el umbral exterior de ninguna residencia, centro o empresa).

¿Impide su discapacidad que use el servicio de ruta fija por temporadas?

☐ No, mi incapacidad para viajar no está relacionada con el clima.

☐ Sí, solo puedo usar los autobuses de ruta fija en el verano.

☐ Sí, solo puedo usar los autobuses de ruta fija en el invierno.

¿Cambia su discapacidad diariamente de manera que pueda afectar su capacidad para usar el servicio de bus de ruta fija?

☐ No ☐ Sí; explique:

Mencione tres viajes que hace con frecuencia:

Dirección de inicio Dirección de destino

1. _____
2. _____
3. _____

Firma de la solicitud

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el solicitante es elegible para usar el Servicio de Paratransito de ADA (ADA Paratransit Service). Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa puede tener como consecuencia que se niegue el Servicio de Paratransito de ADA y una penalización según la ley. Acepto avisar a Grand Valley Transit si mi situación cambia y ya no necesito usar el Servicio de Paratransito de ADA. Entiendo que soy responsable de autorizar la verificación profesional de mis condiciones. También entiendo que Grand Valley Transit me pedirá una entrevista de seguimiento.

Firma del solicitante o del tutor: _____

Fecha: _____

La información de su dirección se compartirá con los proveedores de servicios de emergencia según el proyecto ley 25-1007 de la Cámara de Representantes de Colorado (Colorado House).

GVT tiene la capacidad de suspender o modificar el servicio en caso de emergencia.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Revelación de información para la Verificación profesional

Complete la información de esta página y proporciónela al profesional calificado que completará su Formulario de verificación profesional

Información médica/Autorización de HIPAA

Yo, _____ autorizo al proveedor de atención médica (mencionado abajo) y a su consultorio que completan esta solicitud a revelar a Grand Valley Transit cualquier información médica protegida sobre mi discapacidad para verificar mi elegibilidad para el servicio de paratransito. También autorizo a revelar más información si se necesita para esta solicitud, por un período de 60 días desde la fecha de mi firma en esta solicitud, a menos que yo revoque esta autorización por escrito.

Firma del solicitante: _____

Fecha de hoy: _____

Nombre del solicitante (en letra de molde): _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección del solicitante: _____

Teléfono del solicitante: _____

Proveedor de atención médica: _____

Ciudad del proveedor de atención médica: _____

Nombre del consultorio del proveedor de atención médica: _____

Teléfono del proveedor de atención médica: _____