



COMO SOLICITAR SERVICIO DE TRANSPORTE DIAL-A-RIDE

En cumplimiento con la Ley sobre estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, Riverside Transit Agency proporciona servicio de ADA Dial-A-Ride a cualquier persona con una discapacidad que no puede utilizar el sistema de autobús de ruta fija. Si usted tiene una discapacidad que en veces o todo el tiempo le impida usar un autobús de ruta fija de RTA equipado con ascensor, usted puede ser elegible para el servicio de prioridad ADA de Dial-A-Ride.

Dial-A-Ride es un servicio de transporte de reserva avanzado de origen a destino que opera en partes del oeste del condado de Riverside. **Los límites del servicio son cualquier ubicación dentro de $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta fija de RTA. Si su hogar o destino está fuera del límite del servicio, es posible que no califique para el servicio de esa dirección. Para verificar si su ubicación se encuentra dentro del área de servicio, llame a RTA Dial-A-Ride al (800) 795-7887.**

Solicitando servicio de ADA es un proceso de tres pasos. Todos los pasos son necesarios para completar el proceso de certificación.

1. Solicitud completada para la persona que solicita el servicio ADA: es importante completar todas las partes de esta solicitud; imprima de forma clara y legible. Las solicitudes que no están completas no se pueden procesar, lo que retrasará el proceso de elegibilidad.
2. Formulario de verificación de profesional de la salud completado por un profesional con licencia tratante: además de esta solicitud, **un médico con licencia** que lo conozca mejor debe completar un formulario de verificación de profesional de salud (**Healthcare Professional Verification form**). Para su comodidad, tiene una selección de profesionales con licencia que pueden completar este formulario; Médico, enfermera registrada, asistente médico, trabajador social clínico autorizado (LCSW), etc.

3. **Incluya una foto actual en color del tamaño de un pasaporte con su paquete de solicitud. Debe ser una foto orientada hacia adelante sin sombreros o lentes de sol. Una identificación de California o una foto de licencia de Conducir de California no es aceptable.** Se puede enviar una foto por correo electrónico a adacert@riversidetransit.com. Por favor incluya su nombre y apellido y fecha de nacimiento cuando envíe su foto por correo electrónico.

IMPORTANTE: Ambos documentos deben completarse y devolverse a RTA con una foto; de lo contrario, su certificación se considerará incompleta, lo que retrasará el proceso de elegibilidad. Una vez que se complete el proceso de certificación, RTA le notificará dentro de 21 días por correo la decisión tomada sobre su elegibilidad. Si tiene alguna pregunta, llame al (951) 565-5002. **Tome en cuenta: Si califica para el servicio, se le enviará una tarjeta de identificación de ADA que incluye su foto. Debe mostrar esta identificación al conductor cada vez que suba a un vehículo de Dial-A-Ride para ser elegible para el servicio.**



SOLICITACION DE SERVICIO DIAL-A-RIDE
**** FAVOR DE IMPRIMIR ****

Tipo de Aplicación Nueva Renovar

PARTE 1 INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL SOLICITANTE

GÉNERO: Masculino Femenino

Nombre: _____

Apellido: _____ Inicial: _____

Domicilio: _____ Apt #: _____

Calle más Cercana que cruza el Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono: () _____ Móvil: () _____

Dirección postal (Si es diferente que su domicilio):

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

¿Es elegible para Medi-Cal? Yes No

Si es sí, ¿qué es su número de Medi-Cal?: _____

Indique el nombre y el número de teléfono de alguien a quien podamos llamar en caso de emergencia.

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: () _____ Relación: _____

¿Alguien le ayudó a completar esta aplicación? Sí No

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: () _____ Relación: _____

PARTE 2 INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

Lea las siguientes declaraciones y marque la que mejor describa su discapacidad o condición.

- Tengo una discapacidad temporal y solo necesitaré Dial-A-Ride hasta que me recupere
- Tengo una discapacidad visual que me impide usar el autobús de ruta fija de la ciudad.
- Tengo dificultad para recordar toda las cosas que tengo que hacer cuando uso el autobús de ruta fija de la ciudad.
- Puedo usar el autobús de ruta fija de la ciudad para algunos viajes, pero no otros.
- Tengo una discapacidad(es) que me hace tener buenos días y mal día(s).
- Puedo viajar en el autobús de ruta fija de forma independiente.
- Creo que puedo aprender a usar el autobús de ruta fija de la ciudad si alguien me enseña.
- Nunca podré usar el autobús de ruta fija de la ciudad.

1. ¿Cuál es su(s) discapacidad(s) diagnósticos? Note todas las discapacidades que le impiden usar el servicio de autobús de ruta fija de la ciudad.

2. ¿De qué manera su discapacidad le impide usar el servicio de autobús de ruta fija de la ciudad? Por favor explique.

3. ¿La discapacidad descrita anteriormente es temporal o permanente?

- Temporal, espero que la discapacidad dure _____ meses
- Permanente
- No sé

PARTE 3 INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIAS UTILIZADAS PARA LA MOVILIDAD DEL SOLICITANTE

4. Por favor indique a continuación si utiliza cualquiera de las siguientes ayudas o equipos de movilidad.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Scooter |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Caminante | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Refuerzo para las piernas |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio (tipo) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

4a. Si usa una silla de ruedas, ¿cuál es el peso combinado de usted y su silla de ruedas? _____ libras

Nota: Es posible que vehículos de RTA Dial-A-Ride no podrán facilitar su viaje si su silla de ruedas o scooter es más larga de 30" o más ancha de 51" o si su peso total con su silla de ruedas es más de 800 libras.

4b. ¿Qué tan lejos puede viajar usando su silla de ruedas o scooter?

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 0-1 cuadra | <input type="checkbox"/> 2 cuadras | <input type="checkbox"/> 3 cuadras | <input type="checkbox"/> 4 cuadras |
| <input type="checkbox"/> 5 cuadras | <input type="checkbox"/> 6 cuadras | <input type="checkbox"/> 7 cuadras | <input type="checkbox"/> 8 cuadras o más |

5. ¿Necesita la asistencia de un asistente de atención personal (PCA) (alguien que lo asiste cuando viaja)? Sí No

¿Cómo le ayudan? _____

PARTE 4 INFORMACIÓN SOBRE HABILIDADES DEL SOLICITANTE

6. ¿Qué forma de transporte usa actualmente?

- Servicio de autobús de ruta fija de la ciudad
- Servicio de Dial-A-Ride
- Conduce
- Alguien lo conduce
- Otro _____

7. ¿Su discapacidad o condición cambia de día a día de una manera que hace que sea muy difícil usar los autobuses de ruta fija de la ciudad?

- Sí No Si es sí, explique _____

8. ¿Alguna vez el clima le impide usar los autobuses de ruta fija de la ciudad?

- Sí No Si es sí, explique _____
-

9. Al cruzar una calle, ¿qué busca o escuchas?

- No cruzo calles sin ayuda
 Escucho los ruidos del tráfico
 Busco una señal de paso de peatones
 Busco tráfico y cruzo cuando sea seguro

10. ¿Puede localizar el autobús de ruta fija de la ciudad apropiado para completar su viaje?

- Sí No Si es no, explique _____
-

11. ¿Qué tan lejos puede viajar por su cuenta o si usa un dispositivo de movilidad?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No puedo viajar fuera de mi casa | <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 4 cuadras |
| <input type="checkbox"/> Puedo llegar al bordillo de mi casa | <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 5 cuadras |
| <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 1 cuadra | <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 6 cuadras |
| <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 2 cuadras | <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 7 cuadras |
| <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 3 cuadras | <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 8 cuadras |

12. Algunos de estos obstáculos le impide usar el servicio de autobús de ruta fija? (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Colinas |
| <input type="checkbox"/> Falta de cortes en las banquetas | <input type="checkbox"/> Falta de banquetas |
| <input type="checkbox"/> Superficies irregulares | <input type="checkbox"/> Terreno irregular |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

13. ¿Tiene un problema de visión que le impediría usar el autobús de ruta fija de la ciudad?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Visión restringidos | <input type="checkbox"/> Ceguera legal | <input type="checkbox"/> Ceguera total |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz | <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna | |

Por favor explique: _____

14. ¿Es capaz de ir y venir de una parada de autobús de ruta fija de la ciudad de forma independiente?

- Sí No A veces

Si no, o algunas veces, por favor explique: _____

15. ¿Puede transferir de forma independiente entre los autobuses de ruta fija de la ciudad para llegar a su destino?

- Sí No A veces

Si no, o algunas veces, por favor explique: _____

16. ¿Puede subir y bajar del autobús de ruta fija de la ciudad?

(Nota: Todos los autobuses de RTA tienen un elevador o rampa para sillas de ruedas y muchos tienen un "Kneeler" que baja la altura de los escalones. Los pasajeros que encuentran que los escalones son demasiado altos pueden entrar y salir del autobús usando el elevador o rampa para sillas de ruedas).

- Sí No A veces

Si no, o algunas veces, por favor explique: _____

17. ¿Qué harías si te encontraras en el lugar equivocado?

- Hablaré a casa
 Pido ayuda a alguien
 No sé
 Pánico
 Otro _____

18. ¿Cómo le comunicas tus necesidades al conductor?

- Verbal Visual Firmar Imposible

19. ¿Es capaz de hacer lo siguiente? (Marque todo lo que puede hacer)

- Pedir, entender y seguir instrucciones
 Verificar qué hora es
 Reconocer un punto de referencia o destino
 Usar un teléfono para hacer y recibir llamadas
 Dar su dirección y número de teléfono
 Ninguno de éstos

Parte 5 PREGUNTAS SOBRE EL USO DE AUTOBUSES DE RUTA FIJA

20. ¿Has tomado el autobús de ruta fija de forma independiente antes?

- Sí No

Si sí, ¿cuándo? _____

¿Si no ha tomado antes el autobús de ruta fija, por qué?

(Todos los autobuses de RTA están equipados con elevadores o rampas para sillas de ruedas)

- No sé cómo obtener información del autobús
- Por razones cognitivas, no puedo navegar el sistema de autobús
- No puedo leer la información (barrera del idioma excluida)
- No puedo llegar a la parada de autobús
- Otro (explique) _____

21. ¿Utiliza ahora los autobuses de ruta fija por su cuenta?

- Sí No

Si es sí o a veces, marque todo lo que corresponda:

- Uso ruta (s) # _____ para viajes directos simples
- Uso ruta (s) # _____ para viajes complejos utilizando transferencias.

22. ¿Alguna vez recibió entrenamiento de movilidad o para usar el sistema de autobús de ruta fija?

- Sí No

Si es sí, hacia / desde __ Escuela __ Taller __ Trabajo __ Ruta # __ Otro

Por favor explique _____

23. ¿Hay alguna información adicional que le gustaría compartir con respecto a su discapacidad o condición que le impida usar el sistema de autobús de ruta fija?

- No Sí, explique _____
- _____
- _____

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar este formulario, entiendo que doy mi consentimiento para que la Agencia de Tránsito de Riverside use y divulgue mi información de salud protegida para los siguientes propósitos y actividades:

- 1) Transferir información a profesionales médicos para su revisión, proveedores de transporte y servicios de movilidad.
- 2) Permiso para contactar a mi proveedor de atención médica para verificar mi discapacidad y plan de tratamiento a los fines de la elegibilidad para el Paratránsito.
- 3) La información proporcionada es verdadera y correcta según mi conocimiento. Entiendo que la falsificación de información dará como resultado la denegación del servicio.

RTA agradece su cooperación en este proceso y le asegura que su información de salud será protegida y administrada de manera estrictamente confidencial.

Nombre _____
(O tutor legal si es menor de 18 años)

Firma _____

Fecha ____ / ____ / ____

Envíe por correo la solicitud con foto y el formulario de verificación de profesional de la salud completo a:

RIVERSIDE TRANSIT AGENCY
Certification Department
P.O. Box 59968, Riverside, CA 92517-1968
Email: adacert@riversidetransit.com