



INSTRUCCIONES DE ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO COLT

Paso 1: ¿Quién es elegible para el servicio COLT/Marque-para-Viajar?

El servicio Marque-para-Viajar, fundado por Transportación de la Ciudad de Loveland (COLT, por sus siglas en inglés) suministra transportación paratrásito a personas elegibles bajo los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). El ADA es una ley federal que requiere que se suministre transportación paratrásito a personas que tienen una discapacidad que, combinada con su capacidad funcional, les impide utilizar el transporte público.

Requisitos para la Elegibilidad Marque-para-Viajar:

El ADA incluye dos requisitos para elegibilidad de Marque-para-Viajar:

1. Usted debe tener una discapacidad; y
2. Su discapacidad debe impedirle utilizar el servicio de ruta fija de COLT.

La elegibilidad de Marque-para-Viajar no se basa en:

- Edad
- Una discapacidad o diagnóstico médico
- La ausencia de un servicio por COLT de ruta fija de en el área
- Una incapacidad de conducir
- Finanzas personales

Se pueden otorgar los siguientes tipos de elegibilidad:

- Incondicional (el individuo puede utilizar el servicio Marque-para-Viajar para todo viaje)
- Condicional (el individuo puede utilizar el servicio Marque-para-Viajar bajo algunas condiciones para ciertos viajes)
- Temporal (el individuo puede tener elegibilidad condicional/incondicional por cierto período de tiempo definido porque se espera que las limitaciones cambien)

Paso 2: ¿CÓMO SE DETERMINA SU ELEGIBILIDAD?

El proceso de determinación de elegibilidad para COLT/Marque-Para-Viajar incluye:

1. Presentación de una solicitud rellena y un Formulario de Divulgación Médica firmada.
2. Formulario de Verificación profesional rellena en su totalidad por un Experto Calificado designado por usted.
3. Una vez que COLT reciba el formulario de Verificación profesional del experto designado, la solicitud se revisará y se determinará la elegibilidad.



PASO 3: ¿CÓMO HE DE SABER SI SOY ELEGIBLE?

Aviso de Determinación de Elegibilidad

Se le notificará sobre la determinación de elegibilidad por carta, a la dirección que usted nos suministre. Si se le determina que es elegible, también recibirá un Guía de Usuario de COLT/Marque-para-Viajar con información sobre cómo utilizar el servicio.

Proceso de Apelación

Los solicitantes que se determinan no elegibles o que no concuerdan con las condiciones establecidas para su uso de COLT/Marque-para-Viajar pueden solicitar una apelación, que debe ser presentada dentro de 60 días de la fecha de la inicial de la determinación de elegibilidad.

Se incluye información sobre cómo solicitar una apelación en la carta de determinación de elegibilidad.

PASO 4: INSTRUCCIONES PARA RELLENAR LA SOLICITUD

1. Responda a todas las preguntas en su totalidad y a su mejor saber y entender.
2. Asegúrese de firmar la solicitud. Solicitudes incompletas y/o no firmadas pueden ser retornadas a usted.
3. Rellene y firme el Formulario de Divulgación Médica. Formularios de Divulgación incompletos o no firmados pueden ser retornados. **POR FAVOR NOTE:** Este no es una solicitud para registros médicos o un requerimiento que necesite una firma de su cuidador de salud. Una vez que se reciba su solicitud, COLT/Marque-para-Viajar se comunicará con su cuidador de salud para confirmar su condición de salud o discapacidad.

Lista de Profesionales Calificados:

Especialista Certificado de Orientación y Movilidad
Psiquiatra Especializado
Psicólogo
Terapeuta Ocupacional
Enfermero Registrado/ Enfermero Especializado
Médico Asistente
Médico
Terapeuta
Oftalmólogo
Trabajador Social Independiente y Licenciado (LISW, LICSW)



4. Regrese la solicitud rellena y el Formulario de Divulgación Médica:

Por correo:

COLT
105 West 5th Street
Loveland, CO 80537

Por Fax: (970) 962-2936

Por correo electrónico: COLT@cityofloveland.org

Se aceptan solicitudes en la oficina COLT, ubicado en:

105 West 5th Street
Loveland, CO 80537

El Transporte de la Ciudad de Loveland determinará la elegibilidad para servicios de paratransito de ADA suministrado por Marque-para-Viajar.

¿Preguntas? Por favor llame a la oficina de COLT 970-962-2700 o TTY at 970-962-2970, 8 a.m. – 5 p.m., lunes a viernes. Hay materiales disponibles en letra grande y otros formatos alternativos. También hay disponible asistencia para solicitantes que no hablan inglés.



Solicitud para Servicio Paratránsito Marque-para-Viajar COLT

Información General: <i>Por favor, lea cuidadosamente. Se debe responder a todas las preguntas. Solicitudes incompletas o no firmadas serán regresadas.</i>		
¿Es una solicitud nueva, o una recertificación? ___ Nueva ___ Recertificación		
Parte A. Información Personal		
Primer Nombre	Apellido	Inicial de en medio
Dirección		# de Apartamento
Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es un complejo de apartamentos, parque de casas móviles, o instalaciones? ___ Sí ___ No	Nombre del complejo o instalaciones	
Teléfono principal	Teléfono móvil	Género ___ Femenino ___ Masculino
Fecha de nacimiento ___/___/___		
<u>Dirección postal, si es diferente:</u>		
Dirección		# de Apartamento
Ciudad	Estado	Código Postal
Parte B. Contacto de Emergencia		
Persona autorizada para comunicarse con COLT/Marque-para-viajar en su nombre		
Nombre del Contacto	Nombre del Contacto (Individuo u Organización)	
Teléfono	Teléfono	
Teléfono de trabajo	Nombre del Contacto (Individuo u Organización)	
Relación	Teléfono	

Parte C. Díganos sobre su discapacidad o condición médica incapacitante.

- 1.) ¿Cuál es la discapacidad principal o condición médica que le impide utilizar el Servicio de Ruta Fija de Autobús de COLT? Por favor sea específico (Ejemplo: derrame cerebral, enfisema, esquizofrenia, etc.).

Fecha del diagnóstico o comienzo: _____

- 2.) ¿Tiene otras discapacidades o condiciones físicas o mentales que limitan su habilidad de utilizar el Servicio de Ruta Fija de Autobús de COLT?
___ Sí ___ No

De ser afirmativo, por favor explique: _____

- 3.) ¿Varían de día a día los efectos de su discapacidad o condición de salud?
___ Sí ___ No

De ser afirmativo, por favor explique: _____

- 4.) Es su discapacidad o condición médica: ___ Permanente ___ Temporal
Cuanto tiempo: ___ Mes(es) ___ Año(s)
Si respondió temporal, por favor explique: _____

Parte D. Díganos sobre su uso del Servicio de Ruta Fija de Autobús de COLT

- 1.) ¿Ha utilizado el Servicio de Ruta Fija de Autobús de COLT? ___ Sí ___ No
De ser afirmativo, que tan seguido utiliza los autobuses de ruta fija: _____

- 2.) ¿Le es posible llegar a la parada de autobús de COLT más cercana a su hogar?
___Sí___No___A veces

Si respondió a veces, por favor explique: _____

- 3.) ¿Cómo describiría el terreno donde vive? (Ej: Colina empinada, plano, acera dispareja, no hay acera, etc.) _____

- 4.) Marque lo que mejor describe su capacidad de utilizar el Servicio de Ruta Fija de Autobús de COLT.

___ Puedo utilizar el autobús regular para la mayoría de los viajes

___ Puedo utilizar el autobús regular, pero me sería difícil

___ Puedo utilizar el autobús, pero solo para viajes o destinos específicos

___ Nunca he intentado utilizar el autobús regular

___ No puedo utilizar el autobús regular sin un ayudante de cuidado personal

___ No puedo utilizar el autobús regular en absoluto porque: _____

- 5.) ¿Le impiden las condiciones climáticas el uso del autobús? (Marque todo lo que aplique)

___ Calor

___ Frío

___ Nieve/Hielo

___ Lluvia

- 6.) ¿Cómo viaja actualmente? (Marque todo lo que aplique)

___ Yo manejo ___ Alguien más maneja ___ Van/servicio de carro

___ Taxi/Lyft/Uber ___ Ruta Fija ___ Dial-A-Ride (Marque-para-Viajar)

- 7.) ¿Alguna vez ha recibido capacitación de movilidad?

___ No ___ Sí Cuando _____ Donde _____

8.) ¿Cuál de las siguientes ayudas de movilidad o equipo usa? (Marque todo lo que aplique)					
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Andador	<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"/> Scooter eléctrica	<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 protético	<input type="checkbox"/> Ayuda de comunicación			
Otro (Por favor describa):					
Información sobre Animal de servicio: Nombre _____					
Tipo de Animal _____ Peso _____					
9.) Si utiliza silla de rueda o scooter, ¿podrá transferirse a la silla de autobús o vehículo? ___ Sí ___ No					
10.) Por favor, note la distancia razonable más larga que puede viajar sin ayuda de otra persona. Favor de asumir que estará viajando sobre terreno llano donde no existen obstáculos o condiciones climáticas que afecten su movilidad. (Si utiliza un aparato de movilidad, responda asumiendo que estará utilizando su aparato de movilidad principal)					
<input type="checkbox"/> Menos de 200 pies <input type="checkbox"/> 1/4 de milla (3 cuadras) <input type="checkbox"/> 1/2 milla (5 cuadras) <input type="checkbox"/> 3/4 de milla (8 cuadras) <input type="checkbox"/> Más de ¾ de milla Favor de dar un estimado de cuanto tiempo le tomaría. _____ Minutos.					
11.) SIN EL USO de su aparato móvil principal, ¿que tan lejos puede viajar?					
<input type="checkbox"/> No puedo en absoluto <input type="checkbox"/> Menos de 200 pies <input type="checkbox"/> 1/4 de milla (3 cuadras) <input type="checkbox"/> 1/2 de milla (5 cuadras) <input type="checkbox"/> 3/4 de milla (8 cuadras) <input type="checkbox"/> Más de ¾ milla Favor de dar un estimado de cuanto tiempo le tomaría. _____ Minutos.					

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

___ Sí ___ No

De ser afirmativo, ¿Por cuánto tiempo?

___ Menos de 5 minutos

___ Menos de 10 minutos

___ 10 minutos o más

13.) ¿Le es posible identificar el autobús correcto cuando hay varios autobuses en la misma parada o terminal?

___ Sí ___ No

14.) Al usar el servicio paratransito, ¿Tendrá que viajar con un ayudante de cuidado personal (PCA, por sus siglas en inglés) por su condición de salud/discapacidad?

___ Sí ___ No

* Un PCA es una persona que viaja como ayudante designado o empleado por una persona con discapacidades para ayudar a tal persona con sus necesidades personales, facilitar el viajar, y/o suministrar ayuda al individuo al arribar a su destino.

15.) Hay algunas personas que no se les puede dejar solo en su residencia u otro destino, por ejemplo, personas con demencia o enfermedad de Alzheimer. ¿Debe alguien siempre encontrarlo cuando arriba a su destino?

___ Sí ___ No

Parte E: Habilidades de Navegar

Es usted:

¿Capaz de pedir, entender, y seguir direcciones? ___ Sí ___ No

¿Capaz de reconocer su destino, parada de autobús, o puntos de referencia? ___ Sí ___ No

¿Capaz de reconocer información por escrito? ___ Sí ___ No

Capaz de procesar palabras habladas e información oída. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Capaz de comunicar sus necesidades. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Capaz de afrontar problemas inesperados o cambios en su rutina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Capaz de viajar independientemente a través de instalaciones congestionadas y/o complejas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Capaz de viajar independientemente por ceras y otras vías para peatones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Capaz de cruzar una calle transitada independientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Capaz de utilizar el teléfono para hacer y recibir llamadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parte F. Impedimento Visual (Las siguientes son preguntas sobre impedimentos visuales, si no aplican, favor de omitir esta sección)
<p>16.) Por favor, describa su impedimento visual. _____ _____</p> <p>¿Cuánto tiempo ha tenido este impedimento visual? _____</p>
17.) ¿Es usted una persona legalmente ciega? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>18.) ¿Es la condición estable, degenerativa, o cambiante? _____</p>
<p>19.) ¿Tiene algún aparato de movilidad específico para su impedimento visual? (Eje: Guía vidente) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>De ser afirmativo, favor de listar: _____</p>

20.) ¿Es capaz de desplazarse hacia afuera por sí mismo? __ Sí ____ No

De ser afirmativo:

___ ¿Solo en su propiedad?

___ A lugares cercanos. (en su cuadra)

___ En mal tiempo (Nieve/Lluvia) Favor de explicar: _____

___ A lugares más lejos. Favor de explicar: _____

21.) Si respondió “sí” a la pregunta 19 y marcó “A lugares más lejos”, favor de marcar si puede cruzar:

___ Calles tranquilas

___ Intersecciones muy transitadas

___ En los semáforos

22.) Si tiene visión parcial, le afecta la

___ Brillante Luz Solar

___ Luz tenue o sombreado

___ Noche

23.) ¿Ha tenido capacitación de movilidad? __ Sí ____ No

De ser afirmativo, ¿fue exitoso? ____ Sí ____ No

Si no, favor de explicar _____

24.) Si dejó de utilizar el sistema de autobús con ruta fija, por favor explique por qué:



Las siguientes son preguntas generales para ayudar a Marque-para-Viajar/COLT servir mejor a sus clientes.

Por favor responda lo mejor posible a todas las preguntas que apliquen.

1.) ¿Es capaz de viajar en un vehículo sedan de cuatro puertas? Sí No

2.) Si requiere una rampa o ascensor para viajar de forma segura, ¿tiene su residencia una entrada accesible?

Sí No

3.) Si le gustaría designar una ubicación para recogerle que sea distinta de la puerta principal o entrada de su residencia, por favor especifique donde desea que Marque-para-Viajar lo recoja (p.ej. entrada del costado occidental del edificio)

4.) Por favor, suministre información adicional que le sea útil para que Marque-para-Viajar le provea la mejor experiencia.



Parte G: Por favor lea lo siguiente y firme la solicitud.

Para el solicitante: Las solicitudes deben estar firmadas. Las solicitudes que no estén firmadas serán devueltas.

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para servicios paratransitos de COLT/Markete-para-Viajar. Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que suministrar información falsa puede resultar en la negación del servicio. Entiendo que la información que suministro se divulgará solo en lo que sea necesario para evaluar la elegibilidad para el Servicio Paratransito COLT/Markete-para-Viajar, y para proveerme servicios de Markete-para-Viajar si se determina que soy elegible.

Solicitante o representante legal Fecha

Si esta solicitud fue rellena por alguien aparte del solicitante: Si alguien aparte del solicitante ayudó en rellena esta solicitud, dicha persona debe rellena y firmar lo siguiente:

Relación _____ al _____ solicitante:

Primer nombre: _____ Apellido _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ - _____ - _____ Otro _____

Organización o afiliación de agencia: _____

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

Estoy consciente de cómo la discapacidad o condición de salud del solicitante limita o impide el uso del Sistema de Ruta Fija de Autobús de COLT. ___ Sí ___ No

Firma del Representante Fecha



Parte H: Formulario de Autorización para Divulgar Información Médica

Autorización para Divulgar Información Médica

Para que COLT/Marque-para-Viajar logre evaluar su solicitud para transportación bajo la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990, es necesario comunicarse a un proveedor de salud que esté familiarizado con su discapacidad.

Por favor provea el nombre, dirección, y número telefónico de su proveedor de salud actual que esté más familiarizado con su condición de salud específica o discapacidad. Si existe más de un proveedor de cuidado de salud que usted desea que contactemos, favor de enumerar todos los nombres/direcciones que aplican. (Solo se requiere un proveedor)

1.)
Nombre del Profesional: _____ Título _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

2.)(Opcional)

Nombre del Profesional: _____ Título _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Autorizo al proveedor de salud mencionado arriba a divulgar información al Programa de Marque-para-Viajar de Transportación de la Ciudad de Loveland (COLT, por sus siglas en inglés). Entiendo que esta información será utilizada exclusivamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito ADA. Entiendo que esta información solo es válida por 90 días. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento en la oficina COLT.

Nombre del Solicitante(Escriba en letra de molde): _____

Firma del solicitante o representante legal: _____

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



Parte I: Instrucciones sobre las firmas y la presentación de la solicitud a COLT

Antes de mandar la solicitud, por favor asegúrese que:

- 1.) Respondió a todas las preguntas aplicables a su condición de salud o discapacidad
- 2.) Firmó la parte G en la página 11
- 3.) Rellenó y firmó el formulario de Autorización para Divulgación Médica en la página 12

Por favor retorne la solicitud a la oficina COLT

Por correo:

COLT
105 West 5th Street
Loveland, CO 80537

Por Fax: (970) 962-2936

Por correo electrónico: COLT@cityofloveland.org

Si tiene preguntas o necesita ayuda para rellenar esta solicitud, incluyendo la necesidad de un formato alternativo, por favor llame a la oficina de COLT al (970) 962 – 2700.