



## **SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

Estimado cliente:

Agradecemos su interés por conocer más información sobre la solicitud de elegibilidad para el Servicio de Transporte Especial (Special Transportation Service, STS) del Sistema de Tránsito del área de Charlotte (Charlotte Area Transit System, CATS). Junto con esta carta le enviamos una copia del formulario de solicitud que debe presentar para obtener la certificación de elegibilidad, que le permitirá utilizar el transporte adaptado ADA. También encontrará un instructivo en el que se detalla el proceso de certificación.

### **Antes de completar la solicitud, tenga a bien leer detenidamente estos documentos.**

STS es el servicio de transporte adaptado que brinda CATS a personas que no pueden utilizar el servicio de autobús de ruta fija a causa de una discapacidad. Una imposibilidad de utilizar el servicio de autobús de ruta fija puede incluir el hecho de no poder desplazarse hacia o desde las paradas de autobús, subir o bajar del autobús o comprender cómo se utiliza el sistema de autobús para transportarse.

STS brinda un servicio de viajes compartidos en furgoneta a personas consideradas "elegibles para utilizar el transporte adaptado ADA", para trayectos que estas personas no puedan cubrir a través del servicio regular de ruta fija. Por ejemplo, es posible que usted pueda utilizar el servicio de autobús para determinados trayectos, si las paradas le quedan cerca y si no existen barreras que le impidan acceder al autobús y salir de él. Otras veces, puede ocurrir que no pueda viajar en autobús. El propósito de STS es ayudarlo en esas ocasiones.

Existen tres tipos de elegibilidad.

**Temporal condicional:** Puede utilizar algunas veces el autobús de ruta fija pero en otros casos necesita recurrir al transporte adaptado. Hay posibilidades de que se produzca una mejora en su limitación funcional.

**Permanente condicional:** Puede utilizar algunas veces el autobús de ruta fija pero en otros casos necesita recurrir al transporte adaptado. Su limitación funcional no mejorará e incluso puede empeorar.

**Sin restricciones:** No puede utilizar el autobús de ruta fija debido a una limitación funcional.



A fin de que podamos determinar con precisión su elegibilidad para acceder a este servicio, **le solicitamos que complete el formulario adjunto en su totalidad y lo más preciso posible.** Las preguntas se proponen determinar las circunstancias bajo las cuales usted puede utilizar servicios de ruta fija o de transporte adaptado.



Si necesita ayuda para completar el formulario o tiene alguna duda al respecto, puede ponerse en contacto con la oficina de STS. Esta carta y la solicitud también están disponibles en letra grande y en otros formatos alternativos.

Una vez que haya completado el formulario, solicite a un profesional médico o de rehabilitación que complete y firme la última página. ***No se aceptarán solicitudes que tengan espacios sin completar.*** La información que brinde en este formulario será confidencial.

***Por favor, no adjunte documentación médica ni información de otro tipo a este formulario. Puede llevar personalmente la información médica cuando se presente a la entrevista.***

A los pocos días de recibir su solicitud completada, se lo llamará por teléfono para programar una entrevista presencial y una evaluación funcional, con el fin de determinar si está en condiciones de utilizar el servicio de ruta fija de CATS.

Las solicitudes completas se procesarán dentro de los 21 días de recibidas. A continuación, se lo notificará por escrito para informarle su situación de elegibilidad. En caso de que se requiera más tiempo para completar la evaluación y la determinación, se le otorgará una elegibilidad temporal.

Si llegamos a la conclusión de que puede utilizar el servicio de ruta fija de CATS y, por lo tanto, no reúne los requisitos para acceder a STS, lo notificaremos sobre los motivos por los que tomamos esta decisión. Puede apelar esta decisión, por escrito. No obstante, el servicio de STS no se brindará durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no se pueda concluir dentro de los 30 días previstos.



**Información sobre el solicitante**

**Tratamiento:** Sr. Sra. Srta.

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono / Número de TDD (durante el día) \_\_\_\_\_ (durante la noche) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [ ] Masculino [ ] Femenino

Idioma principal: [ ] Inglés [ ] Español [ ] Señas [ ] Otro: \_\_\_\_\_

Formatos accesibles: [ ] Impresión estándar [ ] Impresión en letra grande  
[ ] Braille [ ] Cinta de audio [ ] Otro: \_\_\_\_\_

Tipo de elegibilidad: [ ] Condicional [ ] Sin restricciones [ ] Temporal [ ] Permanente

**Si a esta solicitud la completó una persona diferente al solicitante de certificación, esa persona debe completar los siguientes datos:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: (durante el día) \_\_\_\_\_ (durante la noche) \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia:** indique los nombres de dos personas, por ejemplo asesores profesionales, agencias u otras personas que estén al tanto de su discapacidad, con las que STS se pueda comunicar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Teléfono personal \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral \_\_\_\_\_ Teléfono personal \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_



**Sobre su discapacidad**

¿Es usted un nuevo cliente o está solicitando una renovación del certificado de elegibilidad?

Nuevo cliente  Solicitante de renovación del certificado

Si está solicitando una renovación del certificado, ¿ha cambiado la situación de su afección o su discapacidad? En ese caso, explique

---

---

---

1. ¿Cuál es la discapacidad que le impide utilizar el autobús de ruta fija?

---

---

---

2. Explique de qué modo su discapacidad le impide utilizar de forma independiente un autobús de ruta fija:\_\_\_\_\_

---

---

---

---

3. Las condiciones que describe:  ¿son permanentes,  se modifican día a día  o son temporales? Si son temporales, ¿cuánto se espera que duren? \_\_\_\_\_

---

4. ¿Padece sensibilidad al frío diagnosticada médicamente?  Sí  No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas?:\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique:\_\_\_\_\_

5. ¿Padece sensibilidad térmica definida médicamente?  Sí  No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas?:\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique:\_\_\_\_\_

6. Otras condiciones climáticas (viento, anochecer/oscuridad o resplandor) ¿inciden en su discapacidad? En caso afirmativo, explique:\_\_\_\_\_

---

---

---



7. ¿Tiene una discapacidad visual?  Sí  No  A veces  
Si respondió "Sí" o "A veces", explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Su respiración, ¿se ve afectada por el clima o por las condiciones ambientales?  
 Sí  No  A veces  
Si respondió "Sí" o "A veces", explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Su grado de discapacidad ¿cambia luego de un tratamiento médico?  
 Sí  No  A veces  
Si respondió "Sí" o "A veces", explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Le gustaría comentar algo más o agregar más información sobre su discapacidad?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Traslado hacia y desde la parada del autobús

1. ¿Está en condiciones de localizar paradas de autobús de ruta fija, destinos y ubicaciones o de cruzar calles de manera independiente?  Sí  No  A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Está en condiciones de viajar de manera independiente por la noche?  
 Sí  No  A veces Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Está en condiciones de recorrer un trayecto de un cuarto de milla (400 m o 4 cuadras) de forma segura e independiente sin la ayuda de otra persona?  Sí  No  A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Está en condiciones de recorrer un trayecto de 200 pies (61 metros) de forma segura e independiente y sin la ayuda de otra persona?  Sí  No  A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Está en condiciones de llegar a la parada de autobús de su vecindario y de volver de ella de manera independiente?  Sí  No  A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Está en condiciones de esperar en la calle sin asistencia ni ayuda durante (10) minutos?  
 Sí  No  A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Está en condiciones de dirigirse a sus destinos habituales y volver de ellos (paradas de autobús local) de manera independiente?  Sí  No  A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Está en condiciones de esperar más de 15 minutos?  Sí  No  A veces  
En caso afirmativo, cuánto tiempo: \_\_\_\_\_ minutos.
9. ¿Está en condiciones de desplazarse sobre superficies lisas cuando el clima es bueno?  
 Sí  No  A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



10. ¿Está en condiciones de desplazarse sobre pendientes leves con buenas condiciones climáticas?

Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

11. ¿Está en condiciones de llegar por sus propios medios a la parada de transporte público más cercana y de volver de ella?

Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

---

12. ¿Podría quedarse esperando si tuviera un asiento o una caseta de autobús?

Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

---

13. ¿Podría quedarse esperando si **no** tuviera un asiento ni una caseta de autobús?

Sí  No Si respondió "No", explique por qué: \_\_\_\_\_

14. ¿Durante cuánto tiempo puede esperar a que llegue el autobús? \_\_\_\_\_ minutos.



**Subir y bajar del autobús**

1. ¿Está en condiciones de subir y bajar tres (3) escalones de 12 pulgadas (30.5 cm)?

Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

2. ¿Es capaz de subir, viajar o bajar sin asistencia de un autobús accesible para sillas de

ruedas?  Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

3. ¿Está en condiciones de tomar manijas o barandas, monedas o boletos mientras sube a un autobús o mientras baja?  Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

4. ¿Está en condiciones de subir o bajar de un vehículo si cuenta con un elevador o un sistema de inclinación que haga descender la parte delantera del vehículo?  Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

---

5. ¿Está en condiciones de subir y bajar sin asistencia de un autobús?

Sí  No  A veces

Si respondió "No" o "A veces", explique por qué:

---

---



## Prestación del servicio

1. ¿Utiliza silla de ruedas o scooter? [ ] Sí [ ] No  
¿Cuánto mide de ancho? \_\_\_\_\_ pulgadas

¿Cuánto pesa ese dispositivo cuándo está ocupado? \_\_\_\_\_ libras

Esta información no se utiliza para determinar la elegibilidad para utilizar el transporte adaptado. Es responsabilidad del solicitante conocer las dimensiones de su dispositivo de movilidad y saber si excede la definición de una silla de ruedas común.

Según la Ley para Americanos con Incapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), de 1990, una silla de ruedas común **no puede medir más de 30 pulgadas (76 cm) de ancho, 48 pulgadas (122 cm) de largo y no debe pesar más de 600 libras (272 kg) cuando está ocupada.**

**Si su dispositivo de movilidad excede estas dimensiones, la ADA no garantiza el servicio de transporte adaptado.**

2. ¿Utiliza cuando viaja alguna de estas ayudas de movilidad o algún tipo de equipo especializado? Marque todas las opciones que correspondan.

- Bastón                       Animal de servicio                       Tablero de comunicación
- Bastón blanco     Silla de ruedas eléctrica
- Silla de ruedas eléctrica grande (supera las dimensiones de ADA)
- Andador                       Scooter eléctrico (de 3 ruedas)
- Muletas                       Silla de ruedas manual                       Otra ayuda: \_\_\_\_\_

3. Si utiliza un scooter o una silla de ruedas, ¿los utilizará también en el transporte adaptado?  
[ ] Sí [ ] No [ ] A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Está en condiciones de esperar 15 minutos en una parada de autobús del transporte público con su dispositivo de movilidad? [ ] Sí [ ] No [ ] A veces  
Si respondió "No" o "A veces", explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



5. ¿Necesita un asistente (asistencia personal, guía vidente) para que viaje con usted? Puede ocurrir que un asistente lo ayude con alguna necesidad personal o de traslado, como cruzar la calle, subir y bajar escaleras, etc.  Sí  No  A veces  
Si respondió "Sí" o "A veces", explique el tipo de asistencia que brinda esta persona: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Viaja con niños menores de 10 años?  Sí  No



## Divulgación de información

Yo, el solicitante, comprendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para utilizar el Servicio de Transporte Especial. Acepto proporcionar la información solicitada a Carolinas Rehabilitation, en nombre del Sistema de Tránsito del área de Charlotte y de cualquier comité de evaluación de elegibilidad, y comprendo que la información contenida en el presente documento se tratará de manera confidencial, a menos que la ley exija lo contrario. Comprendo, además, que Carolinas Rehabilitation, en nombre del Sistema de Tránsito del área de Charlotte, se reserva el derecho de requerir información adicional de manera discrecional. Acepto notificar a STS sobre posibles cambios en mi condición de discapacitado, que afecten mi capacidad de utilizar el servicio de transporte adaptado complementario. Comprendo, asimismo, que esta situación puede afectar mi elegibilidad como pasajero.

**Por la presente certifico que soy la persona que está solicitando certificación para acceder al servicio de transporte adaptado ADA complementario y que la información precedente es verdadera y precisa:**

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante en letras de imprenta \_\_\_\_\_

Nombre del asesor en letras de imprenta \_\_\_\_\_

Si el asesor representa a una agencia, imprima aquí el nombre de la agencia:

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Firma del padre o del tutor legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Gracias por completar esta solicitud.

**Se le notificará por escrito dentro de los 21 días de recibida esta solicitud, sobre la decisión que se ha tomado y los motivos de dicha determinación.**

*Toda persona a quien se le haya denegado la elegibilidad o a quien se le haya concedido una elegibilidad condicional puede presentar una solicitud de apelación por escrito, dentro de los 60 días. El servicio de STS no se brindará durante el proceso de apelación, a menos que el proceso de apelación no se pueda concluir dentro de los 30 días previstos. La elegibilidad para STS está garantizada por un período de hasta tres (3) años, independientemente de la permanencia o del carácter temporal de las limitaciones funcionales.*



## Verificación profesional

A fin de evaluar correctamente esta solicitud, Carolinas Rehabilitation, en nombre del Sistema de Tránsito del área de Charlotte, se pondrá en contacto con su profesional médico o de rehabilitación, para confirmar la información brindada. **Por favor, solicítele a su proveedor de servicios de salud o de rehabilitación que complete y firme la siguiente autorización.**

Nota: Si es posible, haga completar este formulario por un profesional que esté familiarizado con su discapacidad específica y que también esté al tanto de su capacidad o incapacidad para trasladarse mediante el sistema de transporte público. El profesional puede ser:

- un especialista en rehabilitación
- un consejero de la vida independiente
- un asistente social
- un psicólogo
- un asesor de rehabilitación vocacional
- un asesor de salud mental
- un terapeuta ocupacional o fisioterapeuta
- un médico o enfermero diplomado

*El profesional médico o de rehabilitación que se menciona a continuación está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a brindar a Carolinas Rehabilitation, en nombre del Sistema de Tránsito del área de Charlotte, cualquier información que se requiera para confirmar alguna información contenida en esta solicitud. Asimismo, está autorizado a aclarar las limitaciones propias de mi discapacidad.*

Para ser completado por un profesional médico o de rehabilitación

Nombre _____
Domicilio _____ _____
Teléfono / Número de TDD (durante el día) _____ fax _____
Dirección de correo electrónico _____ _____
Firma _____ Fecha _____