



Estimado solicitante:

La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es una ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. La intención de la ADA es asegurar que las personas con discapacidades específicas tengan acceso equitativo al transporte público. De acuerdo con la ADA, Chatham Area Transit (CAT) debe proporcionar una variedad de servicios, incluido el servicio de paratransito. El servicio de paratransito es un servicio especializado que proporciona un servicio de viaje compartido de origen a destino para personas elegibles con discapacidades que no pueden utilizar el servicio regular de autobús de ruta fija.

Se requiere que CAT determine la elegibilidad para el servicio de paratransito para solicitantes de manera individual. Las categorías de elegibilidad para el servicio de paratransito son las siguientes:

“ELEGIBILIDAD INCONDICIONAL” (o “ELEGIBILIDAD PARA TODOS LOS VIAJES”)

Este resultado sería apropiado si se determina que no es razonable esperar que el solicitante utilice el servicio de ruta fija para cualquier viaje, bajo cualquier condición.

“ELEGIBILIDAD CONDICIONAL” (o “ELEGIBILIDAD PARA ALGUNOS VIAJES”)

Este resultado podría ser apropiado si se puede esperar razonablemente que el individuo use el servicio de ruta fija para algunos viajes (cuando no existen barreras que impiden el viaje) pero no se puede esperar que use el servicio de ruta fija bajo determinadas condiciones.

“ELEGIBILIDAD TEMPORAL” (o “ELEGIBILIDAD PROVISIONAL”)

Este resultado podría ser apropiado si la discapacidad del solicitante es solo temporal o si se espera que sus capacidades funcionales cambien en el corto plazo. Un periodo de elegibilidad menor que el periodo que se otorga típicamente podría ser apropiado. La elegibilidad temporal puede ser incondicional o condicional.

“NO ELEGIBLE” (o “ELEGIBLE PARA RUTA FIJA”)

Esta determinación sería apropiada si se puede esperar razonablemente que el solicitante utilice el servicio de ruta fija para cualquier viaje bajo cualquier condición.

Si usted cree que su discapacidad puede ser elegible para una de las categorías descritas anteriormente, puede solicitar la certificación completando el formulario adjunto "Solicitud de Paratransito". Consulte la siguiente página siguiente para obtener una descripción general del proceso.

## Revisión de elegibilidad y proceso de determinación

1. Una vez que se complete la solicitud, el solicitante debe enviar por correo o por fax la solicitud a CAT. Una vez que se recibe la solicitud en CAT, un Defensor del Cliente de Transit marcará la fecha y la hora de la solicitud, luego la revisará para asegurarse de que esté completa. CAT realizará evaluaciones funcionales solo "según sea necesario".
2. La solicitud completa se revisa en un intento de tomar una decisión de elegibilidad con base solo en la información de la solicitud. Es posible que se realicen llamadas telefónicas de seguimiento para complementar la información en la solicitud. Solo se les pide a los solicitantes que participen en una evaluación funcional si no se puede llegar a una determinación con base en la solicitud.
3. La verificación de la discapacidad también se obtiene como parte del proceso. El solicitante debe proporcionar información de contacto de un profesional familiarizado con su discapacidad y habilidades funcionales, junto con un formulario de consentimiento. El personal de CAT se pondrá en contacto con el profesional una vez que el solicitante haya proporcionado esta información de contacto.
4. CAT enviará la determinación de elegibilidad por escrito dentro de los 21 días posteriores a la finalización del proceso de solicitud. Si una solicitud no se aprueba para los servicios de paratransito, CAT enviará una declaración por escrito que indicará el motivo de la inelegibilidad y una descripción completa del proceso para solicitar nuevamente que se apruebe la solicitud que se le rechazó.
5. Si CAT no toma una determinación dentro de los 21 días, al solicitante se le otorgará elegibilidad temporal y se le permitirá viajar en el servicio de paratransito hasta que se tome una decisión. Tenga en cuenta que la presentación de esta solicitud no garantiza su elegibilidad.

Atentamente,

Gerente de Servicios de Transporte

900 E Gwinnett Street, Savannah, Georgia 31401  
912.233.5767 [www.catchacat.org](http://www.catchacat.org)



**CHATHAM AREA TRANSIT**

---

912.233.5767

900 E. Calle Gwinnett  
Savannah, Georgia 31401

[www.catchacat.org](http://www.catchacat.org)

## SOLICITUD DE PARATRANSITO (Confidencial)

Chatham Area Transit (CAT) utilizará la información contenida en esta solicitud para la prestación de servicios de transporte. La información sobre la evaluación de sus capacidades funcionales para utilizar los servicios de transporte puede compartirse con otros proveedores de servicios de transporte. Esta solicitud debe contener su firma y la fecha. **Las solicitudes incompletas no pueden ser procesadas.**

**PARTE- A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE) FECHA:** \_\_\_\_\_

Marcar una opción: Solicitud inicial \_\_\_\_\_ Solicitud de recertificación \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección con calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa ( ) \_\_\_\_\_ Número de celular ( ) \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia: Nombre \_\_\_\_\_

Número de emergencia alternativo (Distinto de su teléfono de casa): ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para correspondencia (OPCIONAL): \_\_\_\_\_

Parada de autobús más cercana a su residencia. (Si no está seguro, por favor llame al (912) 354-6900).

Nombre de la subdivisión o complejo de departamentos: \_\_\_\_\_

Calle de intersección de referencia más cercana: \_\_\_\_\_

Calle perpendicular más cercana a su residencia: \_\_\_\_\_

Favor de llenar la información solicitada.

Lista de los nombres en términos médicos de sus discapacidades o afecciones médicas	¿Es la afección permanente?	Duración de la afección	Medicamentos que se toman para la afección
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

1. ¿De qué manera la afección afecta su capacidad para viajar por la ruta regular (grande) fija mediante el servicio de autobús accesible? Sea muy específico. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Tiene usted una **Discapacidad Cognitiva**? (¿Alguna vez le han diagnosticado una lesión cerebral traumática / no traumática, retraso mental, inteligencia limitada, síndrome de Down, autismo, etc.?)  
Sí  No

Por favor, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Padece usted alguna de las siguientes afecciones? Por favor, marque todo lo que corresponda y explique:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico                          | <input type="checkbox"/> Confusión  |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones                              | <input type="checkbox"/> Se agita o enoja fácilmente  |
| <input type="checkbox"/> Delirios                                   | <input type="checkbox"/> Experimenta paranoia   |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de memoria a corto plazo      | <input type="checkbox"/> No puede identificar imágenes                                      |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de memoria a largo plazo      | <input type="checkbox"/> No sabe leer ni escribir   |
| <input type="checkbox"/> Deambula con facilidad                     | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para comprender instrucciones escritas o verbales |
| <input type="checkbox"/> Otros se aprovechan de usted con facilidad | <input type="checkbox"/> Ansiedad   |
| <input type="checkbox"/> Dificultades visuales                      | <input type="checkbox"/> Escucha voces  |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos inapropiados               |   |

Por favor, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Experimenta **Convulsiones**? Sí  No  Si es así, por favor marque todo lo que corresponda y explique:

Grand Mal       Petit Mal       Lóbulo temporal       Lóbulo epiléptico

Por favor, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Al tener una convulsión, yo ... (Por favor, marque todo lo que corresponda):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tengo dificultades para despertar | <input type="checkbox"/> Necesito atención médica inmediata |
| <input type="checkbox"/> Pierdo el conocimiento            | <input type="checkbox"/> Se me pierde la vista en el vacío  |
| <input type="checkbox"/> Me quedo dormido                  |   |

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? \_\_\_\_\_

7. ¿Está tomando medicamentos para controlarlas? Sí  No

8. ¿Tiene una **Discapacidad Visual** (incluida la ceguera)? Sí  No

Por favor, marque todo lo que corresponda y explique detalladamente:

Uso anteojos o lentes de contacto.

Puedo reconocer mi parada si la anuncian.

Soy legalmente ciego y no puedo distinguir de manera adecuada mi parada, desembarque ni ver la ruta hacia mi destino. No uso un perro guía u otro animal de servicio o cualquier dispositivo de asistencia.

Uso un perro guía u otro animal de servicio, pero necesito el servicio de paratransito para llegar a destinos a los que no pueden viajar de manera segura por la ruta regular.

Puedo oír y reconocer fácilmente sonidos del entorno que me ayudan a determinar los patrones de flujo de tráfico.

No puedo oír fácilmente sonidos del entorno que me ayudan a determinar el flujo de tráfico.

No siempre puedo cruzar la calle antes de que cambien la luz del semáforo.

Necesito un guía vidente para que me ayude con las siguientes tareas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted una **Discapacidad Mental/Psicológica**? Sí  No  En caso afirmativo, indique la discapacidad y explique cómo le afecta a usted. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Hay alguna otra discapacidad física o mental que afecte su **CAPACIDAD FUNCIONAL** para viajar por la ruta regular (grande) fija mediante el servicio de autobús accesible? (por ejemplo: dificultad para llegar a la parada del autobús, esperar en la parada del autobús correcto, subir al autobús, saber cuándo llega a su parada y notificar al chofer que usted tiene que bajar) Sí  No

En caso afirmativo, explique por favor. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ¿Puede usted esperar 30 minutos en una parada de autobús de ruta fija que **NO TIENE** asientos ni refugio? Sí  No  Si la respuesta es no, explique por favor. \_\_\_\_\_
- 
12. ¿Puede usted esperar 30 minutos en una parada de autobús de ruta fija que **SÍ TIENE** asientos y un refugio? Sí  No  Si la respuesta es no, explique por favor. \_\_\_\_\_
- 
13. ¿Puede usted esperar 30 minutos en una parada de autobús de ruta fija sin nadie que le ayude? Sí  No  Si la respuesta es no, explique por favor. \_\_\_\_\_
- 
14. ¿Qué tanto puede usted caminar sin la ayuda de otra persona?
- |   |   |
|---|---|
| ¿La longitud de un campo de fútbol (300 pies)?                  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Una vuelta alrededor de un tramo de 1/4 de milla?              | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Dos vueltas alrededor de un tramo de 1/4 de milla?             | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tres vueltas alrededor de un tramo de 1/4 de milla?            | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| ¿Es usted capaz de subir escalones de 12-14 pulgadas sin ayuda? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Sin ayuda, ¿puede usted agarrar un pasamanos para apoyarse?     | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
15. ¿Requiere usted un elevador de autobús y agarrarse de un pasamanos para poder subir/bajar del autobús? Sí  No
16. ¿Utiliza usted un dispositivo de movilidad para viajar? Sí  No  Por favor, marque todo lo que corresponda.
- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| _____ Bastón blanco                           | _____ Refuerzos ortopédicos      |
| _____ Bastón ortopédico (tres o cuatro patas) | _____ Muletas                    |
| _____ Bastón estándar                         | _____ Silla de ruedas manual     |
| _____ Andador                                 | _____ Silla de ruedas motorizada |
|   | _____ Scooter eléctrico          |
17. ¿Cuál es la altura/anchura de su scooter/silla de ruedas desocupado/a?  
 Altura \_\_\_\_\_ Anchura \_\_\_\_\_
18. ¿Cuál es el peso de la silla de ruedas/scooter eléctrico mientras usted lo ocupa? \_\_\_\_\_
19. ¿Requiere usted el uso de un animal de servicio? Sí  No  Si es así, ¿qué tipo de animal se utiliza?  
 \_\_\_\_\_
20. ¿Qué función proporcionar el animal para usted? \_\_\_\_\_
- 
21. ¿Viaja usted con equipo médico portátil? Sí  No  Si es así, ¿qué tipo de equipo médico portátil? \_\_\_\_\_
-

22. ¿Necesita usted un asistente personal (PCA) que lo ayude y que viaje con usted para que le proporcione ayuda durante el transporte? Sí  No  Si es así, explique la ayuda específica que necesita. \_\_\_\_\_

23. Si usted no requiere un asistente personal que lo ayude en los viajes en autobús, ¿requiere usted que lo reciba un proveedor de cuidados cuando salga del autobús? Sí  No

24. Si el autobús llega a su destino y el proveedor de cuidados no está ahí para ayudarlo bajar del autobús, ¿a quién se debe contactar? Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

25. ¿Hay situaciones en las que no se requerirá que su proveedor de cuidados lo espere cuando baje del autobús?

Si  No  Si es así, explique por favor. \_\_\_\_\_

26. ¿Necesita usted ayuda para reconocer su parada? Sí  No  Si es así, explique por favor. \_\_\_\_\_

27. ¿Utiliza usted un dispositivo de comunicación para comunicarse con otros, por ejemplo con el chofer? Sí  No  Por favor marque todo lo que corresponda.

\_\_\_\_\_ Tablero de letras

\_\_\_\_\_ Tarjeta de ID de ruta

\_\_\_\_\_ Tablero de imágenes

\_\_\_\_\_ Otra forma de comunicación aumentativa

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

28. ¿Requiere usted un formato alternativo de la Guía del Pasajero, los horarios de la Ruta Fija o cualquier correspondencia escrita? Sí  No  Por favor, marque el formato en el que le gustaría recibir lo anterior:

\_\_\_\_\_ CD

\_\_\_\_\_ Braille

\_\_\_\_\_ Letra grande

\_\_\_\_\_ Cintas de audio

\_\_\_\_\_ Email

29. ¿Cómo viaja ahora? Por favor, marque todo lo que corresponda.

\_\_\_\_\_ Silla de ruedas/scooter eléctrico

\_\_\_\_\_ Uso mi propia silla de ruedas

\_\_\_\_\_ Caminando

\_\_\_\_\_ En mi silla de ruedas con la

\_\_\_\_\_ Conduzco yo mismo

ayuda de un animal de servicio

\_\_\_\_\_ Pasajero en automóvil de otra persona

\_\_\_\_\_ En silla de ruedas con la ayuda

\_\_\_\_\_ Otro servicio de transporte

de un proveedor de cuidados o

\_\_\_\_\_ Ruta regular (grande) fija del servicio de

asistente de movilidad

autobús accesible

\_\_\_\_\_ Actualmente no tengo medios

de transporte

30. ¿Alguna vez ha viajado por la ruta regular (grande) fija mediante el servicio de autobús accesible?

Sí  No  Si es así, ¿cuándo fue la última vez que viajó por la ruta regular (grande) fija mediante el servicio de autobús accesible?

31. ¿Por qué dejó de usar la ruta regular (grande) fija del servicio de autobús accesible? \_\_\_\_\_

32. ¿Sería capaz de viajar por la ruta regular (grande) fija mediante el servicio de autobús accesible si recibe entrenamiento de movilidad? Sí  No

33. ¿Alguna vez ha recibido entrenamiento en el uso del sistema de transporte de CAT? Sí  No  Si es así, explique por favor. \_\_\_\_\_

34. ¿Quién le proporcionó entrenamiento en el uso del sistema de transporte CAT? \_\_\_\_\_

35. ¿Alguna vez ha recibido entrenamiento en el uso de cualquier otro sistema de transporte público?  
Sí  No

36. ¿Piensa que usted podría viajar por la ruta regular (grande) fija mediante el servicio de autobús accesible si la van de paratransito lo pudiera llevar a la parada de la ruta regular (grande) fija del servicio de autobús accesible? Sí  No  Si la respuesta es no, explique cómo su discapacidad le impide hacerlo. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. ¿Piensa que usted podría viajar por la ruta regular (grande) fija mediante el servicio de autobús accesible si su viaje implica que el autobús de la ruta regular (grande) fija lo deje en una parada de este autobús y la van de paratransito lo recoja en la parada del autobús y lo transporte el resto de su viaje? Sí  No  Si su respuesta es no, explique por qué. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. Por favor, marque todo lo que aplique para usted:

\_\_\_\_\_ Soy capaz de abordar, viajar en y bajar de un autobús accesible de la ruta fija (grande) regular.

\_\_\_\_\_ Necesito ayuda para entender y navegar por el sistema de ruta fija.

\_\_\_\_\_ Puedo estar de pie en un autobús en movimiento, sosteniendo el pasamanos, si no hay asientos disponibles.

\_\_\_\_\_ Yo no tengo la energía para recorrer largas distancias.

\_\_\_\_\_ Puedo utilizar un teléfono para obtener información de horarios de rutas de autobuses.

\_\_\_\_\_ Puedo llegar a la parada del autobús después que me han mostrado la ubicación de la misma.

\_\_\_\_\_ Puedo escuchar y comprender el sistema automático de anuncios de ubicación en el autobús.

Por favor, explique los elementos anteriores que seleccionó. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Según mi leal saber y entender, la información que he proporcionado como parte de esta solicitud ha sido debidamente registrada. He revisado todas las respuestas y certifico que la información está completa y es correcta. Estoy enterado que cualquier información intencionalmente falsa o engañosa puede ser motivo de denegación del servicio.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante, representante o tutor

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

**Por favor, enviar por servicio postal o llevar su solicitud completa a:**



Chatham Area Transit  
PARATRANSIT DIVISION  
900 East Gwinnett Street  
Savannah, GA 31401

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA REVELAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA**

Chatham Area Transit solicitará la información correspondiente a su médico Autorizado/Certificado. Esta autorización se mantendrá vigente durante todo el período de servicio que cubre esta o cualquier certificación que se utilice.

**NOTA: NO ENTREGUE EL FORMULARIO AL MÉDICO.**

(POR FAVOR, **PROPORCIONE LA INFORMACIÓN COMPLETA DE SU MÉDICO  
AUTORIZADO/CERTIFICADO QUE VA A VERIFICAR LA INFORMACIÓN DE SU SOLICITUD**)

NOMBRE DE SU MÉDICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_ FAX: ( ) \_\_\_\_\_

**“Por la presente otorgo mi autorización a Chatham Area Transit o a sus representantes para que puedan obtener, del médico autorizado/certificado que se indica anteriormente, la información médica relacionada con mi salud o tratamiento con el propósito de evaluar mi elegibilidad de conformidad con la ADA para el servicio de paratransito. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Estoy enterado que dar información falsa es contra la ley y podría ocasionar que pierda de los servicios de paratransito, así como una sanción en virtud de la ley” (RCW 9A.72.085 y RCW 40.16.030).**

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante, representante o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si una persona distinta del solicitante ha llenado esta solicitud/autorización, dicha persona debe llenar los siguientes campos:**

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

TDD/TTY \_\_\_\_\_

Certifico que a mi leal saber y entender la información proporcionada en esta solicitud está completa y es correcta con base en la información que me ha proporcionado el solicitante o según propio conocimiento del estado de salud o discapacidad del solicitante.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

CÓDIGO(S)                      CONDICIONAL                      INCONDICIONAL  
APROBADO(S) \_\_\_\_\_

NEGADO \_\_\_\_\_  
INDICAR LA RAZÓN ESPECÍFICA PARA LA NEGACIÓN QUE SE INDICARÁ EN LA  
CARTA DE NEGACIÓN \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



## CHATHAM AREA TRANSIT

---

912.233.5767

900 E. Calle Gwinnett  
Savannah, Georgia 31401

[www.catchacat.org](http://www.catchacat.org)

### Lista de verificación del solicitante

Antes de llamar para programar su entrevista en persona, por favor complete la siguiente lista de verificación:

- ¿Ha leído la carta de solicitud en su totalidad?
- ¿Revisó cuidadosamente la solicitud?
- ¿Revisó cuidadosamente los requisitos de elegibilidad?
- ¿Entiende los requisitos de elegibilidad?
- ¿Contestó todas las preguntas en la solicitud?
- ¿Firmó y puso fecha a la solicitud?
- En su caso, ¿la persona que le ayudó firmó y puso la fecha en la solicitud?

Si usted tiene alguna pregunta sobre el formulario de la solicitud, llame a la Línea de Servicio al Cliente al (912) 233-5767 para obtener ayuda. Si necesita ayuda para llenar el formulario de la solicitud, el entrevistador le ayudará en su entrevista.

Una vez que haya verificado todos los puntos de la lista de verificación, favor de llamar a CAT al (912) 233-5767 para programar su entrevista en persona.