

# Aplicación de la Elegibilidad del ADA para tránsito

**Davis Community Transit**  
1818 5<sup>th</sup> Street  
Davis, CA 95616  
(530)747-8240  
传真: (530)297-5410

Uso de oficina solamente	Uso de oficina solamente	Uso de oficina solamente
--------------------------	--------------------------	--------------------------

*La información en esta aplicación será utilizada por el Transito Comunitario de Davis para la prestación de servicios de transporte.*

## Sección 1: Información personal

*Favor de completar toda la información solicitada; las aplicaciones incompletas se le regresarán y se retrasará la determinación de elegibilidad*

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Segundo

Dirección física \_\_\_\_\_  
Calle (# de apt) Ciudad Estado Código Postal

Dirección postal \_\_\_\_\_  
Calle (# de apt) Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_  
de día de noche Celular/Móvil

Contacto de Emergencia: *Favor de proporcionar un contacto personal que este familiarizado con su condición*

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_  
Calle (# de apt) Ciudad Estado Código Postal

Teléfono \_\_\_\_\_  
de día de noche Celular/Móvil

\_\_\_\_\_ Aplicación nueva o \_\_\_\_\_ Recertificación

\*esta información se necesita bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades

## Section 2: ADA Paratransit Eligibility

Su elegibilidad no es únicamente en base a su condición medica. El proceso de determinación de elegibilidad fue designado para comprender en su totalidad la naturaleza de su discapacidad/condición y cómo afecta su habilidad para utilizar transporte publico de ruta fija (Unitrans/Yolobus).

**1. ¿Qué discapacidad o condición relacionada con la salud le impiden usar transporte publico de ruta fija (Unitrans/Yolobus)?**

---

---

**2. Favor de explicar como éstas condiciones afectan su habilidad para usar independientemente el transporte publico de ruta fija.**

---

---

3. Las condiciones descritas son: Permanentes      Temporales      Desconocido  
*Si marcó “desconocido” o “temporales”, favor de describir la posible duración y fecha prevista de algún cambio:*

---

4. Ayudantes de Movilidad:

*¿Cuáles de las siguientes opciones de asistentes de movilidad usaría usted? (Por favor marque todas las que apliquen)*

Silla de ruedas manual	Bastón	Asistente personal
Silla de ruedas eléctrica	Bastón blanco	Animal de servicio
Moto	Muletas	Otro: _____
Andador ortopédico	Oxigeno portátil	Ninguno

5. ¿El peso combinado de usted y su aparato de movilidad es de mas de 600 libras?

Si                      No                      No se aplica

6. Para subirse al camión, usted:              usaría escaleras      o      usaría el ascensor

7. ¿Qué tan lejos puede viajar continuamente con su aparato de movilidad sin asistencia?

Distancia: \_\_\_\_\_ Duración de tiempo: \_\_\_\_\_

8. ¿Cuánto tiempo puede esperar en la parada de autobús sin asistencia y/o sin una banca?

Para nada      1-10 min.      10-20 min.      mas de 20 min.

9. ¿Puede recordar y proporcionar su número de teléfono y dirección si es necesario?

Siempre      Usualmente      A veces      Casi nunca      Nunca

10. ¿Puede administrar monedas, transferencias, o pases necesarios para la tarifa?

Siempre      Usualmente      A veces      Casi nunca      Nunca

11. ¿Puede navegar independientemente por las rutas del camión (leer horarios/mapas, identificar calles, reconocer puntos de referencia, etc)?

Siempre      Usualmente      A veces      Casi nunca      Nunca

Su habilidad de usar transporte público es afectada por el clima o condiciones ambientales que afectan el camino por donde viaja (por ejemplo: temperaturas extremas, falta de banquetas, dificultad cruzando la calle, distancia entre paradas de autobús, etc.)

No      Si

Si es así, explique:

---

---

### Sección 3: Certificación del solicitante

Por la presente, certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y verdadera según mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted quisiera que compartiéramos su información con otra agencia de tránsito, por favor marque esta casilla y indique a continuación:

Por favor comparta mi información con la siguiente agencia(s):

---

---

---

Si esta solicitud ha sido completada por una persona distinta del solicitante de la certificación, esa persona debe completar la siguiente información:

Nombre		Relación	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono de día	Teléfono de noche	Celular/Móvil	
Firma		Fecha	

#### Sección 4: Verificación profesional

Favor de especificar a un profesional de la salud que esté familiarizado con la condición de discapacidad del solicitante:

Nombre del profesional		Teléfono	
Dirección de oficina	Ciudad	Estado	Código Postal

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a mi médico profesional mencionado anteriormente para que utilice cualquier información médica protegida para que, con esto, el Tránsito de comunidad de Davis pueda verificar mi elegibilidad de un servicio de tránsito. Esta autorización se vence 30 días posterior a la fecha de firma.

Firma del solicitante	Fecha
-----------------------	-------

**La sección de verificación profesional debe ser llenada por un profesional de la salud familiarizado con la condición del solicitante que ocupa asistencia de para tránsito.**

-----  
Por favor revise la aplicación completa. En su opinión profesional y en base a su conocimiento de la condición del solicitante, ¿las respuestas son correctas?

Si

No

Si alguna de las respuestas del solicitante es incorrecta, o si usted puede proporcionar alguna información adicional que cree que debemos saber, por favor descríbalos abajo:

---

---

---

Certifico que estoy familiarizado con las capacidades funcionales de el/la solicitante. He revisado la aplicación y estoy de acuerdo que el solicitante tiene condiciones que afectan sus capacidades funcionales para usar transporte publico de ruta fija.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre y Titulo \_\_\_\_\_

Licencia Profesional, Registro, o Numero de Certificación \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_