



# **SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE PARA TRÁNSITO E-VAN DE LA CIUDAD DE ELK GROVE**

El servicio de paratransito **e-van** de la ciudad de Elk Grove es una "red de seguridad" para personas con discapacidades físicas, cognitivas o visuales que son funcionalmente incapaces de utilizar de forma independiente el servicio de ruta fija, ya sea todo el tiempo o de manera temporal, o solo en determinadas circunstancias.

**La certificación de elegibilidad se realiza  
en la siguiente dirección: Ciudad de Elk  
Grove, Servicios de Tránsito, 8401 Laguna  
Palms Way  
Elk Grove, CA 95758  
TELÉFONO: 916-627-3555/FAX: 916-627-4804**

## **Pasos del proceso de elegibilidad**

---

1. Llene la Solicitud para el Servicio de Paratransito que sigue a esta página.
2. Envíe por correo o fax la solicitud completa y firmada, así como la declaración de Verificación Profesional de su médico, en caso de ser necesario, a: **City of Elk Grove Transit Services, Attn: ADA Certification, 8401 Laguna Palms Way, Elk Grove, CA 95758 o envíe un fax al 916-627-4804, Attn: Transit Services. En caso de entregar una solicitud incompleta, esta será devuelta y retrasará el proceso.**
3. Es posible que se le pida asistir a una entrevista presencial. Se determinará su elegibilidad en un plazo de 21 días desde la fecha en que concluya su entrevista telefónica o presencial y la evaluación funcional. Se le notificará por carta sobre su estado de elegibilidad.
4. Si no recibe una notificación por escrito sobre la decisión de la ciudad de Elk Grove en un plazo de 21 días, puede solicitar los servicios de paratransito hasta que se tome la decisión llamando al (916) 627-3555.





Complete todas las secciones de este formulario. **Toda la información será confidencial.**

**PARTE A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (en letra imprenta)**

**Solicitud nueva**                       **Revalidación**

Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ N.º de dpto \_\_\_\_\_

Dpto. Establecimiento/centro de salud \_\_\_\_\_  
*(de ser aplicable)*

Dirección postal \_\_\_\_\_  
*(si es distinta al domicilio)*

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

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_

N.º de celular \_\_\_\_\_ TTY para personas con problemas de audición \_\_\_\_\_  
*(de ser aplicable)*

Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_                      Sexo:  Masculino     Femenino  
                                    Mes    Día    Año

**Enviar la información escrita en un formato alternativo.**

Letra grande     Cinta de audio     Braille                       CD                       Otro: \_\_\_\_\_

**Indique el nombre de un familiar/amigo LOCAL en caso de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (día) \_\_\_\_\_ (noche) \_\_\_\_\_

## PARTE B: INFORMACIÓN

¿Cómo viaja ahora? Marque **todo** lo que corresponda a su caso.

- camina     maneja un auto     en el auto de alguien     taxi     bicicleta  
 e-tran     e-van     autobús RT/tren ligero     Otro: \_\_\_\_\_

¿Qué tipos de discapacidades le impiden utilizar los autobuses y trenes ligeros de ruta fija accesible?

- discapacidad física     discapacidad visual/ceguera     discapacidad del desarrollo  
 enfermedad mental     cirugía reciente     otro \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue diagnosticado?: \_\_\_\_\_ Estable o progresiva: \_\_\_\_\_

¿Su discapacidad es temporal?

- Sí, espero que dure \_\_\_\_\_ meses.  
 No, es permanente.  
 No lo sé.

¿Necesita viajar con alguien que le ayudará durante su viaje?

- No     Sí     A veces

Explique cuando necesita la ayuda de otra persona para viajar:

---

---

¿Puede mantener el equilibrio mientras está sentado en un vehículo en movimiento?

- Sí     No

¿Cuán lejos puede ir en terreno plano (con su soporte de movilidad, en caso de usar uno)?

- Más de 1 manzana     2 manzanas     3 manzanas     4 o más manzanas

¿Es capaz de subir tres (3) escalones de 12 in usando un pasamano?

- Sí     No     Solo con gran dificultad

**PARTE C: USO ACTUAL DE AUTOBUSES Y TRENES LIGEROS DE RUTA FIJA**

¿Alguna vez ha utilizado el sistema de autobuses de ruta fija (por ejemplo, e-tran o el Tránsito Regional de Sacramento)?

- Sí     No    Si es sí, ¿cuán a menudo?

Sí, solía hacerlo pero ya no, por la siguiente razón .

No, nunca lo he utilizado por la siguiente razón \_\_\_\_\_

**PARTE D: INFORMACIÓN DEL SOPORTE O EQUIPO DE MOVILIDAD**

¿Cuál de estos soportes de movilidad utiliza? Marque todos los que correspondan a su caso.

- bastón blanco
- bastón de apoyo
- muletas
- aparato ortopédico
- animal de servicio
- silla de ruedas eléctrica\*
- moto/carrito de 3
- silla de ruedas manual\*
- silla de ruedas con motor
- tablero de comunicación
- andador
- andador con
- oxígeno portátil
- prótesis
- sin soporte de movilidad
- otro (especificar) \_\_\_\_\_

\* "Silla de ruedas" significa un dispositivo de movilidad de tres o más ruedas.

¿Su dispositivo de movilidad es grande?

- Sí     No     No aplica

Si es sí, explique. \_\_\_\_\_

¿Su dispositivo de movilidad pesa menos de 600 libras cuando lo usa?

- Sí     No

¿Sabe cuánto pesan usted y su silla de ruedas en total?

- Sí     No

Si es sí, indique el peso total: \_\_\_\_\_ lb

¿Se puede trasladar desde su dispositivo de movilidad a un asiento?

- Sí     No



## PARTE E: INFORMACIÓN DEL ESTADO

Explique cómo su discapacidad o estado de salud le impide usar el transporte público; sea específico. No use acrónimos.

---

---

---

---

---

---

## PARTE F: CERTIFICADO DEL SOLICITANTE

Entiendo que la información que he proporcionado en esta solicitud es fiel y correcta a mi leal saber y entender. El objetivo de esta solicitud es determinar si soy elegible para utilizar los servicios **e-van** de paratransito o si a veces puedo subir a los autobuses y trenes ligeros de ruta fija. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de los servicios **e-van** de paratransito, así como una sanción en virtud de la ley.

Asimismo, entiendo que la ciudad de Elk Grove puede pedirme que participe, de forma gratuita, en una evaluación funcional personal de mis habilidades de desplazamiento y estoy de acuerdo con una evaluación funcional de este tipo si se requiere una.

Convengo notificar a la ciudad de Elk Grove si mi estado de salud cambia, si mi dispositivo de movilidad fue reemplazado, si tengo un nuevo dispositivo de movilidad, o si ya no necesito usar el servicio **e-van** de paratransito.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Firma del solicitante o tutor, en caso de ser aplicable)

**Persona que llena la solicitud *si no* es el solicitante:**

Nombre en imprenta \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

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

N.º de teléfono de día \_\_\_\_\_ N.º de teléfono de noche \_\_\_\_\_



## VERIFICACIÓN PROFESIONAL (NECESARIO)

**Al solicitante:** Complete esta página antes de enviar su solicitud a la ciudad. Cualquiera de los profesionales que figuran a continuación puede firmar la solicitud. Si la página de firmas no está firmada por uno de estos profesionales, la aplicación le será devuelta, y se retrasará la evaluación de elegibilidad ADA.

**Al profesional:** Marque su título profesional:

- médico  médico asistente  enfermera registrada/practicante de enfermería
- psiquiatra  psicólogo  administrador de casos/recurso  quiropráctico  fisioterapeuta
- terapeuta ocupacional  profesora de educación especial
- terapeuta del habla certificado  consejero de rehabilitación vocacional
- especialista certificado de orientación y movilidad

Las normas de ADA afirman que las personas son elegibles para el servicio de paratransito **e-van** si, a causa de una discapacidad o su estado de salud, son física o cognitivamente incapaces de (no por incomodidad o por encontrarlo difícil) utilizar de forma independiente el servicio de transporte público equipado con elevadores. Dependiendo de su discapacidad, las personas pueden ser elegibles a veces o todo el tiempo. La elegibilidad para el

servicio de paratransito **e-van** de ADA no se basa en la falta de conocimiento del servicio de autobuses, la distancia del servicio de autobuses, la capacidad de conducir, las molestias de ir en autobús, la capacidad lingüística o la edad de la persona. La información que proporcione ayudará a determinar en qué circunstancias la discapacidad de este solicitante le impide viajar utilizando los autobuses equipados con elevadores o el tren ligero y, por lo tanto, tendría que viajar utilizando un servicio de paratransito **e-van** compartido.

**NOMBRE DEL SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

**Describa el diagnóstico médico o la discapacidad física o cognitiva que impide al solicitante usar de forma independiente un autobús equipado con ya sea en ocasiones o** \_\_\_\_\_

**¿Su estado es temporal?**

No  Sí, por:  4 meses  6 meses  9 meses  12 meses

**Esta persona**  sí es  no es capaz de autosupervisar sus actividades diarias

**La última fecha de contacto directo con este solicitante fue** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Certifico bajo pena de perjurio en virtud de las leyes del Estado de California que la información contenida en esta solicitud es fiel y correcta.

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

Nombre impreso \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Clínica/Agencia \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

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

**En caso de ser aplicable:** N.º de licencia/matriculación/certificación profesional \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_