

Solicitud de elegibilidad

Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese al **360-733-1144** or 360-676-6844 (TTY).

Devuelva la solicitud llena a:

Fax: (360) 527-4867
Attn: Eligibility Specialist

o

Eligibility Specialist
Whatcom Transportation Authority (WTA)
4111 Bakerview Spur Road
Bellingham, WA 98226

Información Del Solicitante

Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____
Nombre _____ Número de teléfono _____
Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Hombre Mujer
Idioma principal _____

Lugar principal de recogida *(su casa o el lugar en donde comenzará la mayoría de los viajes)*

Dirección _____ Apartamento # _____
Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal *(si es distinta de la anterior)*

Dirección _____ Apartamento # _____
Ciudad _____ Código postal _____

Contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Número de teléfono _____
Parentesco con el solicitante _____

Responda a todas las preguntas que figuran a continuación. Para evitar retrasos, proporcione respuestas completas y detalladas. Se necesita una firma al final de este formulario (pág. 7). Su derecho a utilizar el servicio de paratransito dependerá de si su discapacidad o enfermedad le impide usar el servicio de autobuses de rutas fijas.

Discapacidad o condición

¿Qué discapacidad o condición le impide usar rutas fijas de autobuses?

¿Su discapacidad o enfermedad es temporal?

No Sí En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo durará? _____

¿Su discapacidad o enfermedad varía de un día a otro?

No Sí En caso afirmativo, brinde una explicación: _____

¿Su discapacidad o enfermedad le impide o limita su capacidad de viajar por sí mismo?

No Sí En caso afirmativo, brinde una explicación: _____

Su lugar de recogida

Puede ser difícil para nuestro minibús llegar hasta su lugar de recogida si hay caminos empinados, calles angostas o no hay lugar en donde dar la vuelta. ¿Piensa usted que esto podría ser un problema? Esto no afectará su derecho a utilizar el servicio de paratransito.

No Sí En caso afirmativo, brinde una explicación: _____

Lista de comprobación de capacidad física

Marque la casilla que corresponda:

No	Sí	Algunas veces	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ando despacio.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo agarrarme a barandas y pasamanos.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo manejar monedas y billetes.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Conozco y puedo decir mi dirección y mi número de teléfono.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo reconocer lugares y puntos de referencia.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo enfrentarme a imprevistos.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo preguntar, entender y seguir indicaciones.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo cruzar calles transitadas.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo ir por suelos que no estén elevados ni sean rugosos.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo viajar cuando hay nieve y hielo.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo viajar si hace calor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo viajar de noche o con poca luz.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo viajar con luz clara.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo viajar si alguien me muestra el camino.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedo ir de la puerta de mi casa a la calle.

Más información

Mencione cualquier otra cosa que usted quiera que sepamos acerca de su discapacidad o enfermedad. Indique también cualquier inquietud que tenga con respecto a viajar en autobús.

Lista de comprobación de condición física

Marque todas las que correspondan:

- | | |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Frágil |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria |
| <input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio | <input type="checkbox"/> No verbal |
| <input type="checkbox"/> Ceguera o visión limitada | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Daño cerebral | <input type="checkbox"/> Molestias |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria | <input type="checkbox"/> Pánico |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva | <input type="checkbox"/> Parálisis |
| <input type="checkbox"/> Confusión | <input type="checkbox"/> Psicosis |
| <input type="checkbox"/> Sordera o dificultad para oír | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Necesidad de diálisis | <input type="checkbox"/> Limitación significativa de la actividad |

Equipos de movilidad

¿Cuáles de los siguientes equipos de movilidad usa cuando sale de casa?

Marque todas las que correspondan:

- | | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No uso ninguno | <input type="checkbox"/> Sillas de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal (PCA) |
| <input type="checkbox"/> Concentrador portátil de oxígeno | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Otro (<i>especificar</i>) _____ | |

Información sobre sillas de ruedas o scooters

Si usa una silla de ruedas o un scooter, responda las siguientes preguntas:

¿De qué tamaño es su silla de ruedas o su scooter?

Ancho: _____ pulgadas
(de un extremo a otro)

Longitud: _____ pulgadas
(de la parte delantera a la parte trasera)

¿La combinación de su peso y el de su silla es superior a 600 libras? No Sí

En caso afirmativo, ¿cuál es su peso combinado? _____ lb No lo sé

Capacidad para viajar

¿Cuánto puede viajar por sí mismo (usando sus equipos de movilidad)? _____

Si usted estuviera esperando su autobús, ¿podría usted

estar parado durante 10 minutos? No Sí

estar sentado durante 10 minutos? No Sí

¿Suele usar el servicio de rutas fijas de autobús? No Sí

Si su respuesta es **No**, ¿por qué no ha utilizado el servicio de autobuses de rutas fijas? **Marque todas las que correspondan:**

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nunca lo he intentado | <input type="checkbox"/> Necesito a alguien que me muestre |
| <input type="checkbox"/> Tengo problemas para subir o bajar del autobús | <input type="checkbox"/> Tengo problemas para reconocer las paradas del autobús |
| <input type="checkbox"/> Tengo problemas para ir o volver a la parada del autobús | <input type="checkbox"/> Otro _____
(especificar) |

Permiso para proporcionar información médica y Autorización de Información

Proporcione la información de contacto de por lo menos un proveedor profesional de cuidados que nos pueda dar detalles importantes acerca de su discapacidad o enfermedad.

Nombre _____ Profesión _____
Dirección _____ Oficina _____
Ciudad _____ Código postal _____
Número de teléfono _____ Número de fax _____

Nombre _____ Profesión _____
Dirección _____ Oficina _____
Ciudad _____ Código postal _____
Número de teléfono _____ Número de fax _____

Permiso para proporcionar información médica

_____ Autorizo al (los) proveedor(es) mencionado(s)
(Nombre del solicitante)

anteriormente, así como a su personal de oficina, a proporcionar información a la WTA sobre mis capacidades funcionales y diagnósticos médicos para que puedan comprobar si tengo derecho a utilizar el servicio de paratransito. Entiendo que este permiso tiene validez por un año y que puedo revocarlo en cualquier momento notificando por escrito a la WTA.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del tutor legal opoder notarial
(si corresponde)

Nombre

Fecha

Parentesco _____
con el solicitante

Número _____
de teléfono

Declaración

Entiendo que el derecho a utilizar el servicio de paratransito está regulado por la Ley de estadounidenses con discapacidades (ADA) y que se otorga a personas cuya discapacidad o enfermedad les impide utilizar el servicio de autobuses de rutas fijas.

Entiendo que proporcionar información falsa constituye una violación de la ley (Código Revisado de Washington [RCW] 9A.72.085 y RCW 40.16.030) y que podría conllevar la pérdida del derecho a utilizar el servicio de paratransito.

Entiendo que la WTA puede pedirme que participe en una evaluación de mis capacidades o solicitar que un profesional verifique mis capacidades.

Entiendo que la WTA no utilizará la información que yo proporcione para ningún otro fin que no sea determinar si tengo derecho a utilizar este servicio o brindarme dicho servicio y que dicha información será guardada de manera confidencial y no será divulgada sin mi consentimiento escrito.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del tutor legal o poder notarial
(*si corresponde*)

Nombre

Fecha

- *Cuando proceda, adjunte prueba de la tutela o poder notarial*

Firma de la persona que ayuda en la
solicitud (*si corresponde*)

Nombre

Fecha

Parentesco _____
con el solicitante

Número _____
de teléfono