

# SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE LA ADA

CAT proporciona paratransito complementario a las personas elegibles que viven o visitan la ciudad de Hood River. Los servicios complementarios de paratransito CAT son operados por el Distrito de Transporte del Condado de Hood River (HRCTD).

A través de nuestros servicios complementarios de paratransito, CAT proporciona una opción de transporte accesible equivalente a las personas que no pueden usar el servicio de autobús de ruta fija debido a una discapacidad. CAT proporciona viajes, desde el origen hasta el destino, dentro de los límites de la ciudad de Hood River: los servicios fuera de la ciudad de Hood River se proporcionan a través de Dial-A-Ride o un sistema de ruta fija desviada y no requieren certificación.

Los clientes de corretaje existentes no requieren Certificación de Elegibilidad de la ADA si viajan bajo un viaje de corretaje. Si desean utilizar los servicios de la ADA más allá de los aprobados por la correduría, deben pasar por el proceso de certificación de elegibilidad de la ADA para utilizar estos servicios.

Se accede a los servicios de transporte completando esta solicitud y obteniendo la certificación a través de CAT, o si está visitando desde otra área, proporcionando documentación de certificación ADA de un servicio de transporte en otra área del país.

## ¿Quién debe solicitar los servicios de la ADA?

- ☒ Las personas que tienen una discapacidad física, mental o cognitiva son una barrera para que lleguen, suban, viajen, transfieran o utilicen los servicios de ruta fija.

## **Cómo aplicar:**

- Complete esta solicitud y firme la sección Acuerdo del solicitante / Divulgación de información.
- Si no ha viajado en un autobús CAT antes, pídale a su médico, especialista en rehabilitación u otros proveedores de atención médica calificados que completen y firmen la sección de verificación profesional.
- Envíe o envíe por correo electrónico la solicitud completa a:

ADA Coordinator  
Columbia Area Transit  
224 Wasco Loop  
Hood River, Oregon 97031

Si tiene una **discapacidad física o funcional, según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), que le limita el uso de autobuses accesibles de ruta fija**, puede ser elegible para el servicio CAT Paratrásito. La información obtenida en este proceso de certificación se utilizará para determinar su elegibilidad. El personal CAT y CAT del Distrito de Transporte del Condado de Hood River está sujeto a las regulaciones federales de HIPAA y no puede compartir esta información con nadie a menos que usted nos pida que la compartamos.

Esta solicitud debe **completarse por completo**, incluyendo, si es necesario, la verificación de elegibilidad por parte de un profesional calificado. Las solicitudes incompletas serán devueltas a los solicitantes.

### Paso 1: Complete la sección de información general

**NOMBRE:**

Último \_\_\_\_\_ primer \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:**

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:**

\_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_ de trabajo en casa \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:**

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

### Paso 2: Información general

1. ¿Es usted un usuario actual de CAT Dial-A-Ride? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO
2. Describa el área donde vive (p. ej., colina plana y muy empinada, colina larga y gradual, etc.)  
¿Hay
3. aceras? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Pasajeros actuales (solo responda si es un jinete actual)**

1. ¿Cuál es la parte más difícil de montar CAT hoy? \_\_\_\_\_ No aplicable o por favor complete la respuesta \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Puede llegar al autobús solo (sin la ayuda del conductor del autobús):  
 Sí  NO  A veces  No aplicable
  
3. ¿Puedes subir al autobús solo (ya sea caminando o con el ASCENSOR)?  
 Sí  NO  A veces  No aplicable
  
4. ¿Conoces la ruta de autobús más cercana a tu casa?  Sí  NO
  
5. ¿Ha recibido capacitación sobre cómo viajar en un autobús de ruta fija?  
 Sí  NO
  
6. Si no, ¿te gustaría tener a alguien que te entrene sobre cómo montar?  
 Sí  NO

**Todos los solicitantes**

1. Si tiene problemas de visión, ¿puede viajar una distancia de 200 pies sin ayuda?  
 Sí  NO  A veces  No aplicable
  
2. ¿Puede viajar una distancia de 3 cuadras (1/4 de milla) sin asistencia en diferentes tipos de terreno?  Sí  NO  A veces  No aplicable
  
3. ¿Eres capaz de subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?  Sí  NO  A veces  No aplicable
  
4. ¿Eres capaz de cruzar la calle en un área que no está controlada por un semáforo o una parada?  
 Sí  NO  A veces  No aplicable
  
5. ¿Puede cruzar intersecciones controladas por semáforos o en una señal de alto?  Sí  NO  A veces  No aplicable
  
6. ¿Puede dar su nombre, dirección y número de teléfono a pedido?  Sí  NO  A veces  No aplicable
  
7. ¿Eres capaz de reconocer destinos o puntos de referencia locales?  Sí  NO  A veces  No aplicable
  
8. ¿Eres capaz de lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?  
 Sí  NO  A veces  No aplicable

9. ¿Puede viajar de manera segura y efectiva a través de instalaciones abarrotadas y / o complejas?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ NO \_\_ A veces \_\_\_\_\_ No aplicable

### Step 3: Specific Disability

1. ¿Cree que tiene una discapacidad física que le impediría usar una parada de autobús de ruta fija?  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ NO
2. En caso afirmativo, ¿ha sido verificada esa discapacidad por un médico? \_\_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_\_ NO
3. En caso afirmativo, cuéntenos sobre su discapacidad o describa cómo esa discapacidad le impide usar un autobús que tiene una parada fija. \_\_\_\_
4. Si no, ¿cree que tiene una discapacidad mental o cognitiva que le impediría usar el autobús  
\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No
5. En caso afirmativo, ¿ha sido verificada esa discapacidad por un médico? \_\_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_\_ NO
6. En caso afirmativo, cuéntenos sobre su discapacidad o describa cómo esa discapacidad mental o cognitiva le impide usar un autobús que tiene una parada fija.
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de asistencia? (Marque todo lo que corresponda) \_\_\_\_
- Silla de ruedas manual: el pasajero puede transferirse a un asiento  
\_\_\_\_\_ El pasajero no puede transferirse a un asiento sin asistencia
- \_ Silla de ruedas alta silla \_\_\_ de ruedas larga silla \_\_\_\_\_ de ruedas eléctrica
- \_\_\_ Vespa del poder \_\_\_\_\_ Walker (plegable) \_\_\_\_\_ caña
- \_\_\_\_\_ Muletas . Guía Oxígeno Perro \_\_\_\_\_

# ACUERDO Y LIBERACIÓN DEL SOLICITANTE

Estoy de acuerdo en que, si estoy certificado para el servicio CAT Paratransit, pagaré la tarifa exacta, si es necesario, por cada viaje. Acepto notificar a la oficina de cualquier cambio en mi estado que pueda afectar mi elegibilidad para usar el servicio. También entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos será motivo para revocar mi solicitud y el derecho a participar en el programa.

Entiendo y acepto eximir de responsabilidad a CAT contra todas las reclamaciones o responsabilidades por daños a cualquier persona, propiedad o lesiones personales que ocurran como resultado de mi incapacidad para equipar o mantener la seguridad del equipo de adaptación o animal guía / servicio certificado que necesito para la movilidad. He leído y entiendo completamente las condiciones de servicio descritas en la Guía del Pasajero y acepto cumplirlas.

Por la presente autorizo la divulgación de información de verificación y cualquier información adicional a CAT con el fin de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Si alguien lo ayudó a completar esta solicitud, proporcione su información y su firma a continuación.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DIURNO #: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN:

Calle \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Zip

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

*A CAT ADA Coordinator will review your application and may ask you additional questions. If you are a current rider and were not initially asked to fill out the Health Care Professional Eligibility Form with your application, CAT staff may ask you to provide this as part of the evaluation of your application.*

# Verificación de elegibilidad por profesionales de la salud

TODA LA INFORMACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL CALIFICADO DE ATENCIÓN SANITARIA.

PERSONA QUE COMPLETA

VERIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

TÍTULO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

AFILIACIÓN A UNA AGENCIA:

\_\_\_\_\_

ID DE CERTIFICACIÓN# \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN COMERCIAL: \_\_\_\_\_

Calle

Ste. #

Ciudad

Estado

Código postal

NÚMERO DE TELÉFONO DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

¿Cuál es el diagnóstico médico que causa la discapacidad?

\_\_\_\_\_

Es esta condición: Temporal \_\_\_\_\_ Permanente \_\_\_\_\_

Si es temporal, ¿cuál es la duración esperada? \_\_\_\_\_

Fechas de duración

**Verifico que la información proporcionada anteriormente para la verificación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Profesional Calificado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **Proceso de apelación de elegibilidad de HRCTD**

HRCTD revisará cuidadosamente cada solicitud para garantizar que solo se aprueben personas calificadas. Sobre

Finalización de la revisión, se enviará por correo una carta de certificación o denegación. Si su solicitud para el servicio de paratránsito fue denegada, tiene derecho a apelar esta decisión.

Para apelar la decisión, deberá presentar su solicitud por escrito, sesenta (60) días después de recibir la carta de denegación.

Las apelaciones pueden enviarse por correo a:

**HRCTD c/o CAT  
224 Wasco Loop  
Hood River, Oregon 97031**

O envíe un correo electrónico a [info@catransit.org](mailto:info@catransit.org)

Su apelación será escuchada por una Junta de Apelaciones de la ADA. La Junta de Apelaciones de la ADA está formada por personas que no están involucradas en el proceso de certificación inicial. Su decisión se toma independientemente del Proceso de Certificación de la ADA.

Al recibir su carta, HRCTD organizará una reunión con la Junta de Apelaciones de la ADA. Se le notificará por correo la fecha y hora de esta reunión. Tendrá la oportunidad de presentar cualquier información adicional y evidencia escrita y / o argumentos para respaldar sus calificaciones para el servicio. Puede traer a un representante con usted a esta reunión.

Se le notificará la decisión de la Junta de Apelaciones por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la audiencia. La decisión de la Junta es definitiva.