

ACCESS



Solicitud

Estimado solicitante:

En cumplimiento con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (American's with Disabilities Act, ADA), el programa ACCESS de Kitsap Transit (KT) proporciona un servicio de traslado compartido dentro del condado de Kitsap. Los servicios de transporte de la ADA se proporcionan a los residentes o visitantes aprobados que tienen una condición o discapacidad que impide el uso independiente del sistema público de autobús de ruta fija algunas ocasiones o todo el tiempo. Los adultos mayores o individuos sin discapacidades también pueden calificar para recibir los servicios no-ADA locales provistos por ACCESS.

(Consulte los detalles de los criterios de elegibilidad en la próxima página).

Para evaluar su solicitud de servicio, KT puede comunicarse con su médico u otro proveedor médico para analizarla a fin de que se complete su solicitud.

Los solicitantes pueden ser aprobados para la ADA completa o el servicio limitado (condicional) de la ADA; aprobados para servicios No ADA; pueden ser referidos para una evaluación funcional en persona o pueden ser rechazados.

Dentro de los 21 días de recibir su solicitud completa, KT le notificará por correo la determinación de su elegibilidad. Los servicios de transporte no pueden comenzar hasta que se haya establecido su nivel de elegibilidad.

Para preguntas o ayuda con la solicitud, llame al (360) 478-6914, (360) 479-7272, 1-800-422-2877 o TDD (360) 377-9874.

Si necesita ayuda y desea completar la solicitud en persona, llame a la oficina de Elegibilidad para concertar una cita al (360) 478-6914.

**Envíe por correo, por fax o traiga su solicitud (Partes A hasta E) a:
Kitsap Transit ACCESS, 200 S Charleston Blvd, Bremerton, WA 98312.**

Envíe un Fax a (360) 377-9871

**También puede dejar una solicitud en la oficina de KT en el centro de la ciudad.
Se devolverán las solicitudes incompletas.**

¿Quién califica para el servicio?

Kitsap Transit ACCESS brinda dos tipos de servicio:

1) Servicio ADA: La elegibilidad para el transporte para discapacitados ADA no solo se basa en la presencia de una condición o

discapacidad, sino en el efecto que la discapacidad tiene sobre el poder de un pasajero de utilizar la ruta fija del autobús bajo todas las condiciones posibles. La elegibilidad tampoco se basa en la conveniencia del servicio de ruta fija; tener un permiso regional de tarifa reducida; cualquier barrera idiomática; la imposibilidad de conducir un automóvil; niveles de ingresos; seguridad o vulnerabilidad.

La elegibilidad para el servicio ADA de KT se clasifica como uno de los siguientes:

- ❖ **ADA-1/ servicio completo:** Un individuo que no puede usar el sistema de autobuses de ruta fija bajo ninguna condición sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un ascensor de silla de ruedas).
- ❖ **ADA-2/ servicio condicional:** Un individuo que necesita una parada de autobús o un autobús de ruta fija accesible, pero uno no está disponible. *Nota: En este momento, todos los autobuses de ruta fija de Kitsap Transit son accesibles y están equipados con elevadores o rampas.*
- ❖ **ADA-3/ servicio condicional:** Un individuo que no puede trasladarse hacia o desde un lugar de embarque o desembarque, o que no puede usar el sistema de ruta fija bajo ciertas circunstancias. La elegibilidad para este servicio en esta categoría se determinará sobre una base de traslado individual.
- ❖ **Visitantes:** Tras la verificación, a las personas que tienen certificación ADA de otro condado se les otorgará servicio bajo las mismas condiciones de elegibilidad por un período de 21 días por año calendario. Debe completarse una solicitud ACCESS para continuar el servicio pasados los 21 días durante cualquier período de 12 meses.

2) Servicio no-ADA: Las siguientes categorías no son obligatorias pero han sido implementadas para ampliar el servicio en el Condado de Kitsap y está a la discreción de KT.

La elegibilidad para el servicio no-ADA de KT se clasifica como uno de los siguientes:

- ❖ **Las personas que tienen 80 años de edad o más sin discapacidades:** Las personas en esta categoría calificarán para el servicio solo dentro del Condado de Kitsap. El servicio no se transferirá a cualquier otro condado. **Aun así se requiere una solicitud.**
- ❖ **Las personas que están entre las edades de 60 y 79 años y tienen "desventaja con el transporte" sin discapacidades:** Los individuos en esta categoría viven a más de $\frac{3}{4}$ de milla de la parada de autobús de la ruta fija más cercana y no tienen ningún otro medio de llegar a una parada de autobús. El transporte sería **solamente para el centro de transferencia de ruta fija más cercano desde la casa del cliente y desde el centro de transferencia más cercano de vuelta a la casa del cliente.** El servicio continuaría hasta que se haya establecido un servicio de abordaje o de ruta fija efectivo.
- ❖ **Llamada por transporte (Dial-A-Ride, DAR):** ACCESS también opera un servicio limitado de reserva de autobús en áreas específicas del Condado de Kitsap. Este servicio es abierto al público y **no se requieren solicitudes para el servicio DAR.** Visite nuestro sitio web en www.kitsaptransit.com o solicite más información en Servicio al Cliente.

Aviso de Prácticas de Privacidad

Kitsap Transit respeta su privacidad. Entendemos que su información de salud y elegibilidad personal es muy sensible. No divulgaremos su información a nadie fuera de la agencia a menos que usted nos diga, por escrito, que lo hagamos, o a menos que la ley nos autorice o requiera que lo hagamos. Tampoco procesaremos ninguna solicitud de elegibilidad que no tenga su firma o la firma de su tutor legal en ninguna página donde se requiera una firma. Nuestras prácticas de privacidad cubren toda la información autorizada contenida en su archivo de elegibilidad de la ADA.

Uso y divulgación de la información de elegibilidad de la ADA

La información contenida en su archivo incluye todas las solicitudes enviadas y cualquier información de salud recibida que ayude a determinar su elegibilidad. También puede incluir cualquier carta recibida en su nombre, conversaciones documentadas, planes de viaje y otra información pertinente a su elegibilidad para la ADA y provisión de servicio.

Kitsap Transit utiliza esta información para determinar la elegibilidad y para evaluar o proporcionar las necesidades del servicio de transporte. El acceso del personal a esta información se limita a aquellos empleados que deben revisarla para los propósitos mencionados anteriormente.

- ❖ Usted tiene derecho a revisar su archivo. Debe hacer su solicitud por escrito o la revisión puede ocurrir en persona con una identificación válida.
- ❖ Puede solicitar que se le envíe por correo una copia de su archivo. Es posible que deba pagar una tarifa por este servicio.

Es política de Kitsap Transit, según lo dispuesto [en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964](#), asegurar que ninguna persona, por motivos de raza, color o nacionalidad de origen sea excluida de la participación en, se le nieguen los beneficios de, o de otra manera sea discriminada en virtud de cualquiera de sus programas y actividades financiados por el gobierno federal.

Cualquier persona que crea que su protección de Título VI ha sido violada, puede presentar una queja ante el departamento de Recursos Humanos de Kitsap Transit. Para quejas sobre el Título VI e información adicional, llame al (360) 478-6227.

Si tiene más de 60 años de edad y necesita servicios de transporte antes de que se establezca la elegibilidad, llame a Información y Ayuda para el Adulto mayor al (360) 337-5700 para ver las posibles opciones alternativas.

Tenga en cuenta que: Información y Ayuda para el Adulto mayor no brinda servicios de transporte directo.

Programa de Entrenamiento de Traslado (Travel Training)

El Programa Travel Training en Autobús de Kitsap Transit es un programa de entrenamiento gratuito, adaptado al individuo, para personas que deseen aprender cómo trasladarse de forma independiente usando nuestros **Autobuses accesibles de ruta fija**.

Travel Training puede darle la libertad, confianza y flexibilidad para trasladarse cuándo y donde usted quiera

¡ABRIENDO PUERTAS PARA USTED!

¿Cómo empiezo?

¡Comenzar es tan fácil como contar 1, 2, 3!

- 1) Llame al (360) 479-7272
o TTY: (360) 479-4348.
- 2) Pida una cita.
- 3) ¡Reúnase con su entrenador!

Información previa a la solicitud. Rev. Ago 2014

* Vaya de compras

* Visite amigos o familiares

* Acuda a las citas

* Vaya y venga según lo desee

* Sin traslados programados previamente

Información previa a la solicitud. Rev. Ago 2014

Solicitud ACCESS

Parte A: Información del solicitante

Página 1 de 6 (Rev ago 2014)

Nombre: _____
Primero Inicial del segundo Apellido

¿Dónde vive actualmente? _____ **Apto./Hab./Unidad:** _____
Calle

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Nombre del complejo residencial (si aplica): _____

Dirección postal (si es diferente): _____
Calle o Apto. Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Teléfono de domicilio: () _____ **Celular:** () _____

Correo electrónico (opcional): _____

¿Habla inglés? Sí No, hablo _____ No puedo hablar

Contactos de emergencia:

1. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Indique el Tutor legal o Poder legal duradero (si aplica):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Marque uno:

Tengo una condición o discapacidad que me impide abordar, trasladarme o salir de un Autobús de Ruta fija de Kitsap Transit a veces o todo el tiempo. Estoy solicitando el servicio ADA.

No tengo una condición que me impida trasladarme de forma independiente. Estoy solicitando el servicio no-ADA.

(Vea la información previa a la solicitud para una explicación en detalle de los criterios de servicio o llame al (360) 478-6914 para obtener más información)

Envíe por correo o fax su solicitud (páginas 1-6) a: **Kitsap Transit ACCESS,**
Attn: Eligibility Department, 200 S. Charleston Blvd, Bremerton, WA 98312. Fax: (360) 377-9871

Las solicitudes incompletas no se pueden procesar y se devolverán.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al: (360) 478-6914 o TDD (360) 377-9874

Visítenos en la web en www.kitsaptransit.org

1) **Describa cómo y cuándo su discapacidad o condición de salud le impide usar de forma independiente un autobús de ruta fija.** Esto no se aplica a mi caso, puedo usar un autobús de ruta fija.

2) **¿Cómo se traslada ahora?** (Marque todas las que apliquen)
 Caminar Conducir un automóvil Autobús de ruta fija Otro proveedor de tránsito
 Taxi Traslado en un automóvil KT ACCESS Otro _____

3) **¿Hay algo que le ayudaría a subirse a un autobús de ruta fija?** (Marque todas las que apliquen)
 N/A, ya sé cómo y puedo usar un sistema de autobús de ruta fija
 No, no puedo usar de forma independiente un autobús de ruta fija en ningún momento.
 Sí, tengo una parada de autobús cerca de mi casa o destinos.
 Sí, estoy aprendiendo a usar los autobuses con las instrucciones de Travel Training. Envíeme más información.
 Sí, _____

4) **¿Cómo describiría su discapacidad o condición de salud actual?**
 Permanente Estable En deterioro Temporal hasta _____
 Cambiante (dentro de días, semanas o meses). Explique: _____

5) **¿Dónde está la parada de autobús más cercana a su casa?** _____
(Para obtener información sobre la parada de autobús llame al 360. 377.2877 o 800. 501.7433)

6) **¿Puede caminar o usa una ayuda móvil para llegar a la parada de autobús antes mencionada?** Sí, puedo caminar hasta la parada.
 No, porque _____

7) **¿Cuál es lo más lejos que puede caminar independientemente al aire libre/o trasladarse con una ayuda de móvil?**
 No puedo trasladarme por mi cuenta hasta 200 yardas hasta 500 yardas
 Menos de 100 yardas hasta 300 yardas 600 yardas o más (> ½ milla)
 hasta 100 yardas hasta 400 yardas Ilimitado

8) **¿Puede esperar en una parada de autobús de forma independiente por 15 minutos o más?** Sí, puedo esperar.
 No, porque _____

9) **¿Se le puede dejar sin atención en su destino?** Sí, puedo quedarme solo.
 No. *Entiendo que debe hacer arreglos para que alguien se traslade conmigo o me vaya a buscar.*

10) **¿Se le puede dejar sin atención en su casa/residencia?** Sí, puedo quedarme solo en casa.
 No. *Alguien debe estar en mi casa cuando regrese.*

11) **¿Usted se traslada con un Asistente de Cuidado Personal (Personal Care Attendant, PCA)?** (Los PCA son designados o empleados de manera específica para atender sus necesidades personales y debe ser provisto por usted. Usted debe proveer su propio PCA. Un conductor de ACCESS no puede ser considerado como su PCA.) Sí A veces No

12) **¿Recibe cupones médicos para el transporte?** Sí No

13) ¿Actualmente usa alguna ayuda móvil?

~ Marque todas las que apliquen. Marque si la ayuda se utilizaría para subirse al autobús de manera ocasional (Ocnl.) o Siempre~

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Oxígeno (Ocnl. / Siempre) |
| <input type="checkbox"/> Bastón (Ocnl. / Siempre) | <input type="checkbox"/> Andadera: plegable (Ocnl. / Siempre) |
| <input type="checkbox"/> Muletas (Ocnl. / Siempre) | <input type="checkbox"/> Andadera: no plegable (Ocnl. / Siempre) |
| <input type="checkbox"/> Servicio de animales (Ocnl. / Siempre) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ (Ocnl. / Siempre) |
-
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> *Silla de ruedas manual
(Ocnl. / Siempre) | <input type="checkbox"/> *Silla de ruedas eléctrica
(Ocnl. / Siempre) | <input type="checkbox"/> *Scooter eléctrico
(Ocnl. / Siempre) |
|---|--|--|

* Si marcó silla de ruedas manual, silla de ruedas eléctrica o scooter eléctrico, encierre en un círculo la imagen que más se parezca a su dispositivo y responda las preguntas (a hasta la e) en la próxima página acerca de su silla.

- *Silla de ruedas manual que más se parezca a esta: (Encierre en un círculo)



- *Silla de ruedas eléctrica que más se parezca a esta: (Encierre en un círculo)



- *Scooter eléctrico que más se parezca a este: (Encierre en un círculo)



*** Si marcó silla de ruedas manual, silla de ruedas eléctrica o scooter eléctrico, complete las siguientes preguntas sobre su silla (a hasta e) de lo contrario pase a la pregunta 14.**

a) ¿Puede pasarse solo desde su silla hasta el asiento del autobús? Sí No

b) ¿Cuán lejos puede operar *de forma independiente* o empujar su silla? Distancia ilimitada,

_____ pies/yardas o No puede operar o empujar a ninguna distancia
(Encierre en un círculo)

c) Algunos pasajeros necesitan elevar sus pies o su silla en una posición reclinada.

¿Su silla puede mantenerse en una posición elevada o sentada con los pies abajo durante el tiempo que dura el traslado en autobús?

Sí No, explique _____

d) **ACCESS** no puede transportar ayudas móviles que sean superiores a:

• 32 pulgadas o más de ancho • 52 pulgadas o más de largo • 800 libras o más cuando está ocupada

¿Su ayuda móvil excede alguna de estas medidas? No

Sí. Explique las especificaciones: _____

e) ¿Su residencia tiene una rampa aprobada y/o un lugar plano, suave para subirse desde su puerta al autobús?

Sí No. Explique _____

14) Si se determina que es elegible para los Servicios **ACCESS**, usted:

> ¿Podrá esperar el autobús en el bordillo? Sí No porque _____

> ¿Necesitará la ayuda del conductor desde su puerta al autobús? No Sí. ¿Qué tipo de ayuda necesitará? _____

> ¿Necesita la ayuda del conductor desde el autobús hasta la puerta de su destino? No Sí.

¿Qué

tipo de ayuda necesitará? _____

- 15) ¿Cuál es la calle más cercana a usted? _____
- 16) ¿Hay algún punto de referencia que necesitaríamos para poder ubicar su residencia? _____

- 17) ¿Los números de su residencia están claramente visibles desde la calle durante el día y la noche?
 Sí No. Si la respuesta es no, explique cómo identificar claramente su residencia:

- 18) **Describa la ruta desde su residencia hasta el autobús.** (es decir: pendiente inclinada, plano, grama, asfalto, etc.)

- 19) **¿Su residencia puede acomodar a un vehículo de 24' de ACCESS con suficiente espacio para girar?** (Ejemplo de un tamaño y peso comparable sería un camión de basura grande).
 Sí No No lo sé **
- 20) **¿Usa las escaleras para entrar o salir de su casa?** No Sí.
Si la respuesta es sí, ¿necesitará la ayuda del conductor? No Sí. **Explique qué tipo de ayuda pudiera necesitar.** _____

Todos los vehículos de Kitsap Transit tienen elevadores, rampas o pueden bajarse para ayudarle a entrar y salir del autobús. Si no usa una silla de ruedas u otra ayuda móvil usted aún puede solicitar usar el elevador si tiene dificultad para usar las escaleras.

- 21) **Las escaleras de los vehículos de Kitsap Transit pueden ser de 12" de alto e incluir una baranda manual para ayudarle a subir. ¿Cuántas escaleras del autobús puede subir o bajar por usted mismo?**
 2 escaleras o más 1 escalera (luego necesito ayuda) ninguna, necesito el elevador
- 22) **El elevador en un vehículo ACCESS requiere ocho pies de distancia desde el vehículo. ¿Hay suficiente espacio en su residencia para desplegar el elevador en una superficie plana?**
 Sí No No necesito el elevador No lo sé **

****Tenga en cuenta que:** Si no puede brindar información exacta con relación a la accesibilidad de su residencia, Kitsap Transit tiene recursos disponibles para ayudar a determinar esta información. Llame a la **Oficina de Elegibilidad** al **360-478-6914** o al **800-422-2877** para más información.

Indique su médico o profesional(es) de la medicina actual a continuación.

ACCESS solicitará la verificación médica en su nombre.

Declaración del Solicitante

“Por la presente autorizo a Kitsap Transit o a sus representantes a obtener, de los médicos indicados a continuación, información médica relacionada con mi salud o tratamiento, con el propósito de evaluar mi elegibilidad de ADA para transporte especializado. Certifico que la información provista en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que dar información falsa es contra la ley, y podría resultar en la pérdida de servicios de Transporte Especializado, así como una sanción conforme a la ley”. (RCW 9A.72.085 y RCW 40.16.030)

Nombre: _____ **Profesión:** _____
(Doctor, Médico licenciado o Profesional de salud mental)

_____ (Dirección postal) _____ (Ciudad, Estado) _____ (Código postal)

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Nombre: _____ **Profesión:** _____
(Doctor, Médico licenciado o Profesional de salud mental)

_____ (Dirección postal) _____ (Ciudad, Estado) _____ (Código postal)

Teléfono: _____ **Fax:** _____

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del solicitante en letra de imprenta:

(Esta autorización permanecerá vigente durante todo el período de servicio cubierto por esta o cualquier certificación emitida).

Si no es el solicitante, pero ha completado este formulario para que alguien solicite el servicio, complete la siguiente información sobre usted.

Nombre: _____ **Relación:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Dirección postal: _____

Nro. telefónico diurno: _____