



County of Lackawanna Transit System

COLTS Shared Ride
800 North South Road
Scranton, PA 18504
(570) 963-6795
Fax: (570) 207-5050

Adjuntos encontrará una solicitud del Programa de servicios de transporte de accesibilidad para esfuerzos especiales (SEATS, por sus siglas en inglés), los documentos de información del SEATS y un formulario de rechazo.

Solicitud del SEATS:

El cliente debe completar la **Parte A** de la solicitud, y debe firmarla el posible cliente del SEATS. Si alguien ayuda al posible cliente del SEATS a completar la solicitud, esa persona debe firmar el documento. La **Parte B** de la solicitud debe completarla un profesional médico que tenga conocimiento de su discapacidad. The same segment was also translated as: Todas las solicitudes originales deben enviarse al Sistema de Transporte Público del Condado de Lackawanna (COLTS, por sus siglas en inglés) a la dirección de abajo.

Formulario de rechazo:

Firme el formulario de rechazo e indique si le interesa registrarse para votar, si ya se registró para votar o si no le interesa votar. Firme en la parte inferior sobre la línea de firma. Firmar este documento no influye en su aprobación del SEATS.

Si tiene alguna dificultad para completar esta solicitud o alguna pregunta sobre las pautas, no dude en comunicarse con nuestra oficina llamando al (570) 963-6795. Envíe la solicitud completa a la dirección de arriba.

Gracias,

Beth McDonald Zangardi
COLTS Shared Ride
800 North South Rd.
Scranton PA. 18504
570-963-6795, presione 3

FORMULARIO DE RECHAZO

Nombre (en letra de molde; apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

**SI NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR DONDE VIVE AHORA,
¿LE GUSTARÍA SOLICITAR REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ?**

___ Sí

___ No O ___ No, ya me registré para votar donde vivo actualmente.

**SI DECIDE NO MARCAR UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE
DECIDIÓ NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

Solicitar o rechazar registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le brindará esta agencia.

Si solicita registrarse para votar, la oficina a la que envíe este formulario de solicitud de registro será confidencial.

No se utilizará ninguna información sobre el rechazo del registro para votar para ningún otro propósito que no sea el del registro del votante.

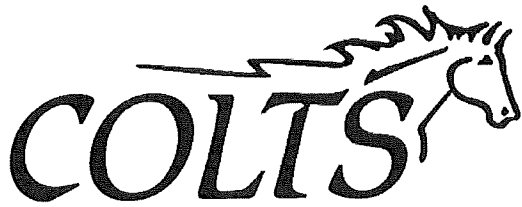
Si necesita ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro para votantes, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede rellenar el formulario de solicitud en privado.

Para calificar para registrarse para votar, debe tener al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones; debe haber sido ciudadano de los Estados Unidos durante al menos un mes antes de las próximas elecciones, y haber residido en Pensilvania y en el distrito electoral donde planea votar durante al menos 30 días antes de las próximas elecciones.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a solicitar registrarse para votar, o con su derecho a elegir su propia preferencia de partido político, puede presentar una queja ante la Secretaria de Estado a Secretary of the Commonwealth, Pennsylvania Department of State, 302 North Office Building, Harrisburg, PA 17120, o llamar gratis al Departamento de Estado (Department of State), al 1-800-522-VOTE (8683).

Firma

Fecha



County of Lackawanna Transit System

800 North South
Road
Scranton, PA 18504
(570) 963-6795
Fax: (570) 207-5050
www.coltsbus.com

***Solicitud del Programa de servicios de transporte accesible
para esfuerzos especiales***

PARTE A. Debe completarla el solicitante o alguien en su nombre. **Complete en letra de molde.**

Solicitante _____ Hombre _____ Mujer

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo
nombre: _____

Dirección de residencia: _____ n.º de apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si no es la misma): _____

Teléfono de la casa: () _____ Teléfono celular: () _____

Teléfono del trabajo: () _____ Ext.: _____ TTY: () _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social: _____

Contacto de emergencia (obligatorio)

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Ext.: _____

Teléfono celular: _____ TTY: _____

Información de la solicitud:

1. Usted es un Pasajero actual Solicitante nuevo

2. ¿Cuál de las siguientes afecciones, si las hubiere, le impiden utilizar el sistema de ruta fija?

Marque todas las que correspondan:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Visual |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral | <input type="checkbox"/> Retraso mental |
| <input type="checkbox"/> Sordera/Dificultad para oír | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Explique en detalle por qué esto le impide utilizar autobuses de ruta fija.

3. ¿Hay algún efecto de su discapacidad del que debamos saber?

4. Su discapacidad o afección de la salud es: Permanente Varía a diario

Temporal; se prevé que dure hasta _____

5. Indique las principales ayudas de movilidad que utiliza cuando viaja por la comunidad:

- | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atención de apoyo | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | <input type="checkbox"/> Tablero de imágenes | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo | <input type="checkbox"/> Tablero del alfabeto | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Scooter | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | |
| <input type="checkbox"/> Audifonos | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | <input type="checkbox"/> Ninguno | | |

Nota: Es posible que el Sistema de Transporte del Condado de Lackawanna (COLTS, por sus siglas en inglés) no pueda acomodarlo si su silla de ruedas o scooter mide más de 48" de largo o más de 30" de ancho, o si su peso total (incluido el de su silla de ruedas) es mayor de 600 libras. (Parte 37.165 de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades [ADA]).

6. ¿Puede subir tres escalones con pasamanos, sin ayuda?

Sí No A veces

7. ¿Necesita los servicios de un cuidador personal (PCA, por sus siglas en inglés) que lo ayude a viajar? Un PCA es una persona específicamente empleada o designada para ayudarlo con sus necesidades de la vida diaria.

Sí No A veces

8. ¿Alguna vez ha solicitado y le han negado el uso del servicio de transporte para personas discapacitadas de LCCTS?

Sí No Si es así, ¿cómo ha cambiado su situación?:

9. ¿Alguna vez ha utilizado los autobuses de ruta fija de COLTS, o lo capacitaron en su uso?

Sí No

10. Marque los elementos que se indican a continuación, que podrían ayudarlo a viajar en los autobuses de ruta fija de COLTS:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ayuda con la planificación de viajes | <input type="checkbox"/> Elevador para sillas de ruedas en el autobús |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para comunicarme | <input type="checkbox"/> Paradas de autobús más cercanas a mi casa |
| <input type="checkbox"/> Alguien que me enseñe | <input type="checkbox"/> Rutas accesibles a las paradas de autobús |

11. ¿Cuál es la ruta de autobús más cercana a su casa?

La ruta _____ No lo sé

12. Responda las siguientes preguntas:

- a. ¿Puede viajar 200 pies sin la ayuda de otra persona?
 Sí No A veces _____
- b. ¿Puede viajar (1/4 de milla) sin la ayuda de otra persona?
 Sí No A veces _____
- c. ¿Puede viajar (3/4 de milla) sin la ayuda de otra persona?

Sí No A veces _____

d. ¿Puede subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Sí No A veces _____

e. ¿Puede permanecer afuera sin ayuda durante diez minutos?

Sí No A veces _____

La solicitud debe estar firmada en la parte inferior para que se la considere completa.

Persona que completa este formulario, si no es quien completó la solicitud (marque una opción):

Certifico que la información de esta solicitud es verdadera y correcta según la información que me dio el solicitante.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi conocimiento del estado de salud o discapacidad del solicitante, o que tengo la autoridad legal para completar esta solicitud.

Excepciones o adiciones:

Nombre en letra de molde _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono durante el día _____

Firma _____ Fecha _____

Relación con el solicitante _____

Nombre de la agencia _____

Firma del solicitante

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en las que no puedo utilizar los autobuses de ruta fija de COLTS y en las que necesitaré los servicios de transporte para personas discapacitadas. Entiendo que se mantendrá la confidencialidad de la información de esta solicitud, y se compartirá solo con los profesionales que participen de la evaluación de mi elegibilidad. Certifico, según mi leal saber y entender, que la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en que se cancele mi estado de elegibilidad. Le doy permiso al personal de LCCTS para que se comunique con el profesional que completó esta solicitud o que proporcionó la verificación adicional de mi afección.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

PARTE B

Este formulario debe completarlo un profesional que tenga conocimiento de la discapacidad del solicitante.

Estimado profesional médico:

Ayúdenos en nuestro proceso de determinación de elegibilidad de transporte de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) proporcionando información adicional sobre el solicitante que se indica en el Formulario de verificación médica/profesional.

No incluya un diagnóstico como motivo de la necesidad de los servicios de transporte para personas discapacitadas; necesitamos saber cómo la limitación del solicitante afectará su capacidad para viajar en un autobús de ruta fija. Necesitamos la siguiente información para procesar la solicitud del solicitante.

- **Detalles completos de las limitaciones funcionales del solicitante, y cómo inhiben la capacidad de esa persona para subir y bajar de un autobús de ruta fija, y para utilizarlo.**
- **Detalles completos de las limitaciones cognitivas del solicitante, y cómo inhiben la capacidad de esa persona para trasladarse utilizando un autobús de ruta fija.**
- **Detalles completos de las limitaciones físicas del solicitante, y cómo inhiben la capacidad de esa persona para llegar a una parada de autobús o a su destino desde una parada de autobús.**

Según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA), si una persona tiene la capacidad funcional para utilizar los autobuses de ruta fija de COLTS, esa persona no será elegible para utilizar los servicios de transporte para personas discapacitadas. La discapacidad por sí sola, y la distancia desde y hasta la parada de autobús, en sí mismas, no califican a una persona para utilizar el servicio de transporte para personas discapacitadas de LCCTS.

Muchos de los autobuses de ruta fija de COLTS ofrecen autobuses equipados con elevadores que pueden utilizar las personas que tienen dificultades, o que no pueden subir y bajar los escalones del autobús. Además, todos los autobuses de ruta fija de COLTS "se inclinan", lo que hace que el autobús baje al suelo y facilite dar el primer paso desde el bordillo.

Si cree que el solicitante podría beneficiarse de los servicios que se indican en el párrafo anterior, agregue una nota en el formulario de verificación para que se pueda determinar mejor su elegibilidad y puedan brindarse los servicios adecuados.

Gracias por su ayuda. Si tiene alguna pregunta mientras completa el formulario de verificación, comuníquese con nuestra oficina llamando al 963-6795.

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE
TRANSPORTE DE ACCESIBILIDAD PARA ESFUERZOS ESPECIALES (SEATS,
POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN MÉDICA/PROFESIONAL

SOLICITANTE: _____

Para el solicitante: Firme a continuación para permitir la divulgación de la información del profesional que completará este formulario:

Por la presente solicito que se le entregue a LCCTS la información sobre las limitaciones que me impiden utilizar autobuses de ruta fija para que se determine mejor mi elegibilidad para el transporte de personas discapacitadas de la ADA.

X Firma: _____ Fecha: _____

Para la persona que completa este formulario:

Este formulario debe completarlo un profesional que tenga conocimiento de la discapacidad del solicitante y de sus limitaciones. Marque las casillas que correspondan a la persona que completa el formulario.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consejero de rehabilitación vocacional | <input type="checkbox"/> Instructor de orientación y movilidad |
| <input type="checkbox"/> Trabajador social autorizado | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta respiratorio | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Consejero de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Podólogo |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo | <input type="checkbox"/> Optometrista |
| <input type="checkbox"/> Especialista para la vida independiente | <input type="checkbox"/> Otro |

1. Indique el tipo de discapacidad del solicitante (marque todas las que correspondan):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Sordera/Dificultad para oír |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Ceguera legal |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad neurológica | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual grave | |
| <input type="checkbox"/> Artritis: Especifique la extremidad: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad para deambular, o deambula con ayuda: Especifique el tipo de ayuda de movilidad: | | |

_____ Enfermedad mental

Retraso mental (indique uno) Moderado Grave Profundo

Pulmonar: ¿Viaja el solicitante con un tanque de oxígeno portátil? Sí No

Convulsiones: Especifique de qué tipo: _____

Otras _____

2. ¿Cómo limita la discapacidad del solicitante su capacidad de utilizar un autobús de ruta fija con elevador? (Respuesta obligatoria).

3. ¿Cuánto se prevé que durará la discapacidad del solicitante?

Permanente Temporal. Duración prevista: _____

4. ¿Necesita el solicitante un cuidador personal (PCA) que lo ayude a viajar? Un PCA es una persona específicamente empleada o designada para ayudar con las necesidades de la vida diaria.

Sí No A veces _____

5. ¿Existe algún otro aspecto de la discapacidad que ayudaría a LCCTS a llegar a una determinación sobre la capacidad del solicitante para utilizar autobuses de ruta fija? _____

6. Si el solicitante tiene una discapacidad que afecte su movilidad, responda lo siguiente:

a. Suponiendo que una cuadra de la ciudad tiene una longitud de 500 pies, ¿cuántas cuerdas puede caminar esta persona sin ayuda? _____

b. ¿Utiliza esta persona alguna ayuda para la movilidad? Sí No

Si respondió que "Sí", indique cuáles: _____

c. ¿Cuántas cuerdas puede viajar por su cuenta con las ayudas para la movilidad? _____

d. ¿Cuántos escalones de 7 pulgadas puede subir esta persona sin ayuda? _____

e. ¿Cuántos escalones de 10 pulgadas puede subir esta persona sin ayuda? _____

f. ¿Cuánto tiempo puede esta persona esperar al autobús en la parada? 10 15 20 Otro

Debe rellenar esta sección para que la solicitud se considere completa.

Certifico que la información que contiene esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Título profesional _____

Clínica/Agencia _____

Dirección _____

Teléfono _____

Si completa la Parte B y la Parte A de este formulario por separado:

Envielas a:

**COLTS SEATS Program
800 North South Road
Scranton, PA 18504
(570) 963-6735
Fax: (570) 496-7726**