



Sistema de transporte del condado de Lackawanna  
**Solicitud de servicios de transporte en paratransito**  
**Personas con discapacidades (PWD) y programa ADA**

La información que se brinda en esta solicitud sobre su edad, discapacidad y condado de residencia se usará para determinar su elegibilidad para recibir servicios de transporte de viajes compartidos de los programas Transporte rural para personas con discapacidades (Rural Transportation for Persons with Disabilities) y Viajes para personas mayores (Senior Ride).  
Se usará otra información del formulario para recolectar datos, a fin de determinar su elegibilidad para otros programas de transporte y prestarle el servicio de derivación adecuado según la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA). Esta información se mantendrá confidencial, y solo la usarán los profesionales que participen en la evaluación de su elegibilidad.

**ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA**

PREGUNTAS GENERALES O DE CALIFICACIÓN			
Primer nombre:		Segundo nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento:	N.º de Seguro Social (SSN):		Edad:
Domicilio actual:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Correo electrónico:
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:		Condado:
Contacto de emergencia:	Relación:		N.º de teléfono:
VERIFICACIÓN DE LA EDAD			
Junto con esta solicitud, envíe una fotocopia legible de uno de los formularios de prueba de edad mencionados. Controle qué verificación adjunta.			
<input type="checkbox"/> Documentación de baja/separación de las Fuerzas Armadas	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de Pensilvania		
<input type="checkbox"/> Documentación de pasaporte/naturalización	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir de vehículo motorizado, con fotografía		
<input type="checkbox"/> Certificado de bautismo	<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento ( <i>nombre de soltero</i> )		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de PACE	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación de acceso universal para veteranos		
<input type="checkbox"/> Declaración de edad de la oficina de Administración del Seguro Social de EE. UU. (U.S. Social Security Office)	<input type="checkbox"/> Tarjeta de residencia para extranjeros		
EVALUACIÓN DE NECESIDADES			
¿Tiene una discapacidad según la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA)? Si la respuesta es "Sí", adjunte el <i>Formulario de certificación de discapacidad</i> .			
¿Tiene algún aparato de movilidad, como los siguientes?:			
<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Muletas	<input type="checkbox"/> Oxígeno	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica <input type="checkbox"/> Perro guía
<input type="checkbox"/> Scooter eléctrico	<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Andador	Otro:
VIAJES ACTUALES			
¿Usa el servicio de autobuses de <b>ruta fija</b> del Sistema de Tránsito del Condado de Lackawanna (COLTS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A veces			
¿Cómo llega a su destino habitualmente?			

**ENTORNO EN LOS ALREDEDORES DE SU RESIDENCIA**

¿Cuántos escalones hay en la entrada que usa en su residencia?

¿Puede subir a un vehículo sin la ayuda de otra persona?

Sí  No

¿Cómo describiría el terreno en el que vive?

Empinado  Colina  Carretera pavimentada  Carretera sin pavimentar

¿Hay aceras en su barrio?

Sí  No

**EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA MOVILIDAD**

Para cada pregunta, marque una respuesta. Sus respuestas deberían basarse en cómo se siente la mayor parte del tiempo, bajo circunstancias normales, usando su equipo móvil, y si puede hacer esta actividad de manera independiente.

**Sin la ayuda de nadie:**

¿Puede subir y bajar 3 escalones si hay barandas de los dos lados?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede usar el teléfono para conseguir información?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede cruzar la calle si hay rampas?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede usar un elevador de silla de ruedas con barandas de los dos lados?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede encontrar su camino hasta la parada de autobuses si alguien le indica el camino?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede viajar solo actualmente?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede esperar 10 minutos al aire libre, si el clima lo permite, sin un lugar para sentarse?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede subir y bajar del bordillo de una acera?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede subir y bajar una colina suave por la acera si el clima lo permite?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Puede recorrer 3 cuadras niveladas, por la acera, si el clima lo permite?	<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
Si pudo responder la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo le toma?	<input type="checkbox"/> Menos de 5 min.	<input type="checkbox"/> Entre 5 y 10 min.	<input type="checkbox"/> Más de 10 min.	<input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Alguna vez se perdió cuando viajaba solo?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
Si el tiempo lo permite y no hay barreras en el camino, ¿cuánto es lo máximo que puede caminar/recorrer al aire libre o en una acera nivelada usando sus dispositivos de ayuda para la movilidad? (Elija la casilla que más se aproxime a su respuesta)				
<input type="checkbox"/> No puedo viajar solo	<input type="checkbox"/> Menos de 1 cuadra	<input type="checkbox"/> 3 cuadras		<input type="checkbox"/> 6 cuadras
<input type="checkbox"/> Hasta el borde de la acera de mi casa	<input type="checkbox"/> 9 cuadras	<input type="checkbox"/> Más de 9 cuadras		Otro:

**VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD ESCRITA POR UN PROFESIONAL**

Para ser elegible por una discapacidad, una persona calificada de una de las organizaciones mencionadas abajo debe completar la Certificación de discapacidad (última página), en la que se declare que usted tiene una discapacidad y que ***necesita*** el programa ADA.

Seguro social por discapacidad (SSDI)	United Cerebral Palsy	Programa de atención mediante ayudantes de Pensilvania (PA) (PA Attendant Care Program)	Médico
Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)	Enfermero matriculado	Oficina de Ceguera y Servicios Visuales (Bureau of Blindness and Visual Services)	
Programa de servicios comunitarios para personas con discapacidades físicas (Community Services Program for Persons with Physical Disabilities)		Centro para la vida independiente (CIL)	
Programa de salud mental/retraso mental (MH-MR)	Fisioterapeuta/ Terapeuta ocupacional matriculado		

La información que se incluye en esta solicitud se mantendrá confidencial, y se compartirá solo con profesionales que participen en la evaluación de su elegibilidad y con personal adecuado de COLTS. El personal de COLTS podría tener que hablar con el solicitante para obtener más información.

**REVELACIÓN DE INFORMACIÓN y CERTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

Certifico que la información que se incluye en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para participar en programas de transporte de COLTS.

Doy mi autorización para que COLTS se comunique con un profesional médico o con otro profesional que yo designe para obtener más información, a fin de verificar que tengo una discapacidad.  Sí  No

Al firmar abajo, por la presente, acepto informar de inmediato a este proveedor de servicios sobre todo cambio en mis circunstancias relacionado con mi elegibilidad. Entiendo que la documentación de todos los factores de elegibilidad puede ser necesaria para determinar mi elegibilidad correctamente. Esta declaración se aplica a esta solicitud y a todos los adjuntos que sea necesario presentar para determinar mi elegibilidad. Solo el proveedor de servicios y sus agentes mantendrán esta información en la más estricta confidencialidad y no la compartirán con ninguna otra agencia, excepto con los profesionales de los que reciban la información.

X

\_\_\_\_\_  
Su firma arriba (o el nombre de la persona que completó este formulario)

X

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Relación)

\_\_\_\_\_  
(Número de contacto)

**INSTRUCCIONES DE ENVÍO: CONTROLE LO SIGUIENTE ANTES DE ENVIAR SU SOLICITUD POR CORREO.**

Incluya una copia de **UN** formulario de prueba de edad.

Incluya una copia de cualquier otra documentación importante, como el *Formulario de certificación de discapacidad*.

**FIRME** la sección "Revelación de información y certificación de la solicitud".

**ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A:**

**COLTS SEATS PROGRAM**  
County of Lackawanna Transit System  
800 North South Road  
Scranton, PA 18504  
Tel.: 570.963.6735  
Fax: 570.496.7726

## Formulario de certificación de discapacidad Transporte para Personas con Discapacidades (PwD) y ADA

El objetivo de este formulario es verificar de forma escrita e independiente que el solicitante mencionado abajo tiene una discapacidad conforme a la definición de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act). **Este formulario debe completarlo un profesional que esté al tanto de la discapacidad del solicitante. Un profesional es una persona que tiene capacitación médica, presta servicios terapéuticos o de rehabilitación, hace evaluaciones cognitivas, o presta servicios de vida independiente o de terapia a personas con discapacidades.** El solicitante presentó una solicitud de servicios de transporte según el Programa de Transporte para Personas con Discapacidades (PwD) y la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), administrados por el Departamento de Transporte de Pensilvania (Pennsylvania Department of Transportation).

Información del solicitante **que debe completar él mismo:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección (calle y n.º): \_\_\_\_\_

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

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante o de su representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD

La elegibilidad para participar en este programa se basa en la discapacidad, según la definición de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Conforme a la ADA, la "discapacidad es, respecto de una persona, una deficiencia física o mental que limita considerablemente una o más de las principales actividades de la vida de dicha persona, un registro de dicha deficiencia, o que se considere que uno tiene dicha deficiencia". Las "principales actividades de la vida" son funciones como cuidarse, hacer tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar".

Responda las siguientes preguntas, **que completará la agencia o persona que verifique la información sobre la elegibilidad:**

¿Cuántas cuerdas puede caminar la persona sin ayuda? Menos de 1 1 o 2 cuerdas 2 o 3 cuerdas 6 cuerdas 9 cuerdas

(Encierre una opción con un círculo)

¿Es permanente la discapacidad del solicitante? Sí No

\* Discapacidad permanente: duración de 12 meses o más

(Encierre una opción con un círculo)

Si no lo es, ¿cuánto se prevé que dure? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de discapacidad tiene el solicitante? (Marque todas las opciones que correspondan en cada columna)

<input type="checkbox"/> Discapacidad de movilidad	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> Discapacidad de la vista	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada	<input type="checkbox"/> Bastón
<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Scooter eléctrico	<input type="checkbox"/> Andador
<input type="checkbox"/> Discapacidad cognitiva	<input type="checkbox"/> Perro guía o de servicio	<input type="checkbox"/> Bastón blanco
<input type="checkbox"/> Discapacidad mental	<input type="checkbox"/> Necesita un asistente médico (PA) (enfermero, ayudante sanitario, etc.)	
<input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Necesita acompañante	

Firma del profesional \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Nombre de la agencia u organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_