



Special Transportation Services

1700 W. Fifth Street, San Bernardino, CA 92411

Citas de Revisión de Elegibilidad para Paratrásito Access ADA: (909) 379-7284

Programas de Millaje, Ride, o Entrenamiento de Transito: (909) 379-7341

Fax: (909) 981-2299

Correo Electrónico: ctsa@omnitrans.org

Solicitud de Servicio de Paratrásito Access ADA & Programas de Movilidad Para Personas de Tercera Edad e Individuos con Discapacidades

Omnitrans ofrece una variedad de programas de transportación para personas de tercera edad (62 años o más) e individuos con discapacidades que viven en el área de servicio de Omnitrans. La información que usted proporciona será usada para determinar su elegibilidad para programas y será mantenida estrictamente confidencial.

Como solicitar:

Todos los solicitantes necesitan completar la información de solicitante, parte de movilidad actual, y el acuerdo de esta solicitud (**Secciones 1, 2, y 3**) e **incluya una copia de su identificación con foto.**

Los individuos con discapacidades necesitan proporcionar el formulario de Verificación de Profesional Medico (**Sección 6**) o una copia de **uno de estos documentos:**

- Tarjeta de identificación válida de ADA o tarifa reducida de Omnitrans u otra agencia de tránsito
- Carta de beneficios de Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI) o Servicios para Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Identificación de Veterano Discapacitado o Carta de Discapacidad de la Administración de Veteranos
- Tarjeta de Medicare (si tiene menos que 62 años de edad)
- Recibo de DMV para cartel de discapacidad

Seleccione el (los) programa(s) para que usted desea solicitar, y complete las secciones indicadas:

Programas para Individuos con Discapacidades	Programas para Personas de Tercera Edad e Individuos con Discapacidades
<input type="checkbox"/> Servicio de Paratrásito Access ADA-Sección 6	<input type="checkbox"/> Entrenamiento de Tránsito- Secciones 1, 2, y 3
<input type="checkbox"/> Reembolso de Millaje- Sección 4 y 5	<input type="checkbox"/> Programa de Ride: (Seleccione Uno) Lyft <input type="checkbox"/> <u>o</u> Taxi <input type="checkbox"/>

Opciones de Programas:

- **Servicio de Paratrásito Access ADA** – un servicio de paratrásito de viaje compartido de origen-a-destino para individuos con discapacidades que les impiden utilizar el servicio de autobús regular para todos o algunos viajes.
- **Programa de Reembolso de Millaje**- un reembolso mensual para las personas que dependen de otros para llevarlos por auto como su forma de transportación. **Omnitrans no administra directamente el programa de reembolso de millaje en las siguientes ciudades: Chino, Chino Hills, Montclair, Ontario, Rancho Cucamonga, y Upland. Los residentes de estas ciudades pueden solicitar para el programa de reembolso Community Connections operado por Community Senior Services, llame al (909) 621-9900.*
- **Entrenamiento de Tránsito** – un entrenador profesional trabaja uno a uno con individuos para enseñarles como viajar por el sistema de autobús de Omnitrans. Recibirá un pase gratuito de 31-días después de la competición exitosa en el programa.
- **Programa de Ride** – Recibe una igualación una vez por mes para utilizar en servicio de taxi local o Lyft.

Como entregar su solicitud:

Si está usted solicitando para servicio de Access ADA, necesitará completar una revisión de elegibilidad en persona en una oficina de Omnitrans para revisar su solicitud. **Llame al (909) 379-7284 para hacer su cita de evaluación y traiga su solicitud completa con usted.**

****SOLICITANTES DE ACCESS ADA: NO ENTREGUE LA SOLICITUD POR CORREO, FAX, O CORREO ELECTRÓNICO****

Si usted está solicitando para el(los) Programa(s) de Entrenamiento de Tránsito, Ride, y/o Reembolso de Millaje, usted puede entregar su solicitud a nuestra oficina por correo, fax, o correo electrónico, y se encuentra la información de contacto en la primera página. Se puede necesitar hasta 14 días laborables para procesar su paquete de solicitud completo.

Información Adicional Acerca de la Evaluación En Persona y Elegibilidad de Access ADA

Se requiere que todos los solicitantes de Access ADA completen una evaluación en persona con un Técnico de Elegibilidad de Paratránsito en una oficina solamente con una cita. Usted necesitara traer su solicitud completa, incluyendo la Sección de Verificación de Profesional Medico completada por un profesional médico licenciado cualificado. El proceso de evaluación puede durar hasta dos horas más su tiempo de viajar, y transportación gratuita para la llegada a y regreso de la cita está disponible por solicitud.

Durante la evaluación, el Técnico de Elegibilidad de Paratránsito revisará su solicitud y le hará preguntas adicionales acerca de su habilidad para usar el sistema de autobús regular. Se puede requerir que usted participe en una evaluación funcional al aire libre en la comunidad para evaluar mejor sus habilidades. Usted recibirá su determinación de elegibilidad escrita entre 21 días después de la fecha que su solicitud está completa, que incluye su evaluación de elegibilidad en persona y la revisión de cualquiera información adicional. Usted puede ser aprobado para elegibilidad completa (“Unconditional”), elegibilidad limitada para condiciones específicas (“Conditional”), o por un periodo temporal (“Temporary”). Su foto será tomada durante la evaluación en persona y será usada para su tarjeta de identificación ADA si se determina que usted es elegible.

Se basan las determinaciones de elegibilidad únicamente en si usted tiene una discapacidad que le impide viajar por el autobús para todos o algunos viajes. Los individuos que están decididos a tener la habilidad para viajar por el sistema de autobús regular para todos los viajes no recibirán elegibilidad para Access. Si usted no está de acuerdo con su determinación de elegibilidad, usted puede elegir una apelación escrita a Omnitrans de Nivel Uno o Nivel Dos entre 60 días. En una apelación de Nivel Uno, un Especialista de Apelaciones que es independiente del Departamento de Elegibilidad revisará la documentación y cualquiera información nueva que usted proporciona y le parece que es relevante. En una apelación de Nivel Dos, usted se puede presentar frente de un Comité de Revisión de Apelaciones para presentar información que usted piensa debe ser considerada. La decisión del comité es final.

Para más información acerca del servicio Access de Omnitrans, por favor consulte a la versión más reciente del folleto de “Políticas de Paratránsito para Personas con Discapacidades.”

Sección 1: Información de Solicitante (Todos los Solicitantes)

Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Dirección de Domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono (____) _____ Otro Teléfono (____) _____

Correo electrónico _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) ____ / ____ / ____ Edad _____ Hombre Mujer

¿Tiene usted una discapacidad? Sí, permanente Sí, temporal No

Si aplica, ¿cuándo fue verificada su discapacidad por un médico? _____

Número de identificación de Medicare/Med-i-Cal _____

¿Actualmente está usted registrado con un servicio de paratransito ADA?

Sí, Omnitrans Access (ID # _____) Sí, con otra agencia de tránsito No

¿Tiene una necesidad especial de comunicación? (letra grande, Braille, TDD/Retransmisión de California, etc.)?

¿Tiene una discapacidad relacionada con servicio militar? Sí, 30% o más Sí, menos de 30% No

Nombre de Contacto de Emergencia _____ Número de Teléfono (____) _____

Sección 2: Información de Movilidad Actual (Todos los Solicitantes)

¿Utiliza usted cualquier de los siguientes?

- Andador (¿Es plegable? Sí No) Silla de Estilo de Cochecito Silla de ruedas manual
 Silla de ruedas eléctrica Scooter eléctrico Muletas Bastón/bastón blanco
 Aparato prostético Aparato ortopédico Oxígeno Animal de Servicio Certificado
 Otro _____

¿Si utiliza una silla de ruedas manual, puede trasladarse a un asiento regular sin ayuda? Sí No

¿Actualmente viaja usted por el sistema de autobús regular? Sí No A veces

¿Si no aplica, como viaja usted actualmente? _____

¿Cuál es o sería lo más difícil para usted si viaja por autobús?

¿Puede o podría usted llegar a la parada y abordarse al autobús sin la ayuda de otra persona?

¿Sabe usted las rutas de autobús que sirven a su vecindario y son las más cercanas a su hogar?

¿Cómo describiría el área donde usted vive? (colina escarpada, colina gradual, etc.)?

¿Cuántos escalones hay en la entrada de su vivienda? _____

¿Hay una acera en su vivienda? Sí No

¿Hay una rampa en su vivienda? Sí No

¿Vive usted en el primer piso? Sí No

Sección 3: Acuerdo del Solicitante (Todos los Solicitantes)

Si está solicitando para Access ADA de Omnitrans:

Yo he leído y entendido completamente el proceso de elegibilidad como se describe en el Guía de Elegibilidad de Paratrásito Access de Omnitrans incluido con esta solicitud. Yo estoy de acuerdo de que, si se me certifica para servicio de Access de Omnitrans, yo pagare la tarifa exacta, si se requiere, para cada viaje. Estoy de acuerdo de que yo notificare a la oficina de Elegibilidad de Omnitrans de cualquier cambio de mi situación que puede afectar mi elegibilidad para usar el servicio. También entiendo que el fracaso de cumplir con los procedimientos y las Políticas de Paratrásito Omnitrans será razón para revocar mi elegibilidad y el derecho de participar en el programa. Yo he leído y entiendo completamente las condiciones del servicio como se presentan en las Políticas de Paratrásito Access de Omnitrans y estoy de acuerdo de cumplir con ellos.

Si está solicitando para el Programa de Reembolso de Millaje), Programa Ride de Taxi, o Programa Ride de Lyft:

Yo reconozco que hacer que otras personas me lleven por auto es una actividad intrínsecamente peligrosa y que la participación en estos programas puede involucrar algún peligro a mi persona o propiedad, o la persona o propiedad de otros.

En consideración de mi participación en el(los) Programa(s) de Reembolso de Millaje y/o Ride, estoy de acuerdo de indemnizar y mantener inofensivo a Omnitrans, sus oficiales, directores, agentes, empleados, y voluntarios, y también cualquiera y todas las organizaciones, agencias, u individuos que proporcionan fondos a o en otra manera apoyan a los programas, de cualquiera y todas las reclamaciones, perdidas, y obligaciones (incluyendo costos y honorarios de abogados) para daño causado a la propiedad de o una lesión o la muerte de mi o de otros por razón de o de una manera conectada a mi participación en los programas.

Para Todos Los Solicitantes:

Yo entiendo y estoy de acuerdo de mantener inofensivo a Access y Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans contra cualquiera reclamación u obligación de daño causado a cualquiera persona, propiedad, o lesión personal como resultado del fracaso de mi parte de proporcionar o mantener la seguridad del equipo adaptivo o animal de servicio que yo requiero para la movilidad. Yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la información que estoy proporcionada será mantenida como confidencial, será utilizada solamente para determinar mi elegibilidad inicial y continuada para los programas, y será guardada como parte permanente de mi archivo. Yo autorizo el intercambio de información de verificación y cualquiera información adicional a Omnitrans para el propósito de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de Access y/u otros programas operados por Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans.

Yo estoy de acuerdo de cumplir con todas las políticas de Omnitrans, como me las comunican, incluyendo políticas en los guías de programas, y reconozco que el fracaso por mi parte de cumplir con cualquiera política de un programa puede resultar in la terminación de servicios. Yo entiendo que es la política de Omnitrans investigar cualquier caso de fraude afirmado o supuesto. Una "reclamación fraudulenta" es cometida cuando una representación falsa de un hecho del presente o pasado se hace por un consumidor de Omnitrans, miembro de su familia, o persona no relacionada como su cuidador o chofer voluntario, que resulta en el pago de fondos.

Yo entiendo que Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans a veces puede revisar políticas y formularios utilizados para los programas, y yo estoy de acuerdo de cumplir con la versión más reciente de todos los documentos.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Proporcione la siguiente información si otra persona completó la solicitud para el solicitante. **El solicitante necesita firmar arriba donde se indica.**

Nombre _____ Teléfono (_____) _____

Firma _____ Fecha _____

Sección 4: Información de Depósito Directo (Solicitantes de Reembolso de Millaje Solamente)

Se realizarán todos los pagos de reembolso de millaje por depósito directo. Se requiere que los fondos sean depositados en una cuenta con el solicitante figurado como el dueño, y se necesita incluir con su solicitud documentación que identifica el solicitante como el dueño (cheque anulado, formulario de depósito directo, estado de cuenta).

Nombre de Banco _____

Tipo de Cuenta: Cheques Ahorros

Número de Cuenta: _____ Numero de Ruta: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Sección 5: Acuerdo de Chofer Voluntario (Solicitantes de Reembolso de Millaje Solamente)

Se necesita un acuerdo firmado para cada chofer registrado en el Programa de Reembolso de Millaje.

Nombre de Chofer (Primer, Inicial, Apellido) _____

Domicilio de Chofer _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Licencia de Conducir # _____

Fecha de Vencimiento: _____ Relación con Solicitante _____

Correo electrónico (se requiera para el sistema en línea) _____

Como un chofer voluntario registrado en el Programa de Reembolso de Acompañante de Transportación (TREP), usted está de acuerdo con lo siguiente:

- Usted cumplirá con la versión más reciente de las políticas y los procedimientos del programa.
- Usted no está empleado por su pasajero ni por Omnitrans, y usted está voluntariamente ayudando a su(s) pasajero(s) como es mutuamente conveniente para ustedes dos.
- Usted está de acuerdo de indemnizar y mantener inofensivo a Omnitrans, sus oficiales, directores, agentes, empleados, y voluntarios, y también cualquiera y todas las organizaciones, agencies, u individuos que proporcionan fondos a o en otra manera apoyan al Programa de Reembolso de Acompañante de Transportación, de cualquiera y todas las reclamaciones, perdidas, y obligaciones (incluyendo costos y honorarios de abogados) para daño causado a la propiedad de o una lesión o la muerte de mi o de otros por razón de o de una manera conectada a mi participación en este programa como acompañante voluntario y chofer voluntario.
- Usted incluirá una fotocopia de su Licencia de Conducir de California valida con esta solicitud.

Sección 6: Verificación de Profesional Médico (Se requiere para todos los solicitantes de Omnitrans Access ADA)

Nombre de Solicitante: _____	Teléfono (____) _____
Dirección: _____	Ciudad _____ Código Postal _____

Este formulario de verificación tiene que ser completado por un profesional medico licenciado cualificado. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a un médico, psiquiatra, psicólogo, quiropráctico, oftalmólogo, enfermero registrado, o trabajador social.

Name of Professional _____ License No. _____

Title _____ Agency/Affiliation _____

Business Address _____

Business Telephone (____) _____

Medical diagnosis that causes the client's disability _____

Is the condition temporary? Yes (Expected duration: _____) No, it's permanent

Does the applicant's disability require they travel with an attendant? Yes No Sometimes

Explain "Yes" or "Sometimes" _____

Complete if client has a visual impairment

Best corrected acuity? Right _____ Left _____ Field restriction? Right _____ Left _____

If the client has a disability affecting mobility or is legally blind, are they able to:

Travel a distance of 200 feet without assistance? Yes No Sometimes

Travel a distance of 3 blocks (1/4 mile) without assistance over different types of terrain? Yes No Sometimes

Travel a distance of 6 blocks (1/2 mile) without assistance over different types of terrain? Yes No Sometimes

Wait outside without support for 15-30 minutes in different weather conditions? Yes No Sometimes

Cross a 2-way stop? Yes No Sometimes

Cross a 4-way stop? Yes No Sometimes

Cross traffic light-controlled intersections in a residential, semi-business, or business area? Yes No Sometimes

Explain "No" or "Sometimes" responses: _____

If the client has a cognitive disability, are they able to:

Give their name, address, and telephone numbers upon request? Yes No Sometimes

Recognize a destination or landmark? Yes No Sometimes

Deal with unexpected situations or unexpected changes in routine? Yes No Sometimes

Ask for, understand, and follow directions? Yes No Sometimes

Safely and effectively travel through crowded and/or complex facilities? Yes No Sometimes

Explain "No" or "Sometimes" responses: _____

If the client is speech impaired, are they able to:

Communicate verbally? Yes No Sometimes

Communicate with an augmentative device? Yes No Sometimes

Communicate in writing? Yes No Sometimes

Communicate over the phone? Yes No Sometimes

Explain "No" or "Sometimes" responses: _____

I verify that the information provide on this verification of eligibility form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of Qualified Healthcare Professional _____

Date _____ License # _____