



Solicitud de uso del servicio de paratransporte conforme a la ley ADA (Access ADA) y los Programas de Movilidad

Omnitrans ofrece una variedad de programas de transporte para adultos mayores (más de 62 años) y personas con discapacidades que viven en las áreas de servicio de Omnitrans. Lea las siguientes descripciones de cada programa y marque las casillas junto a los programas en los que le gustaría participar.

Programas para adultos mayores y personas con discapacidades

- Capacitación para viajes: Un capacitador profesional trabaja en forma individual con las personas para enseñarles cómo viajar en el sistema de autobuses de Omnitrans. Reciba un pase de autobús gratuito de 31 días al completar con éxito el programa.
- Programa de viajes: Elija uno, Uber o Taxi : reciba una combinación al mes para usarla en Uber o en el servicio de taxi local.

Programas para personas con discapacidades

- Reembolso de millaje: Consiste en un reembolso mensual para aquellos que dependen de otros para ser transportados en vehículos.
- Servicio de paratransporte conforme a la ley ADA (Access ADA): Consiste en un servicio de paratransporte compartido de acera a acera para personas cuyas discapacidades les impiden usar el sistema regular de autobuses todo o parte del tiempo.

¿CÓMO HACER LA SOLICITUD?

Servicio de paratransporte conforme a la ley ADA (Access ADA)

1. Complete las secciones 1, 2, 3 y haga que un profesional de la salud complete la sección 4.
2. Llame al **(909) 379-7284** para programar una evaluación de elegibilidad en persona en una de las oficinas de Omnitrans.
3. **NO ENVÍE** su solicitud por correo, fax o correo electrónico, llévela con usted a su evaluación.

Reembolso de millaje, viajes, capacitación para viajes

1. Complete las secciones 1, 2, 3 y proporcione la copia de una identificación con foto (tarjeta de identificación de California o Licencia de Conducir).
2. Si tiene una discapacidad, presente **uno** de los documentos de prueba que se enumeran en la página siguiente.
3. Envíe por correo, fax o correo electrónico su solicitud, su procesamiento lleva alrededor de 21 días.

Documentos de prueba de discapacidad (presentar uno)

- Tarjeta vigente de identificación ADA o de tarifa reducida emitida por Omnitrans u otra agencia de transporte público
- Beneficios o carta de adjudicación del Seguro Social Suplementario
- Carta de otorgación de beneficios de Servicios de Apoyo en Casa (IHSS, por sus siglas en inglés)
- Carta de discapacidad del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA) o Identificación de Veterano Discapacitado
- Tarjeta de Medicare (si es menor de 62 años)
- Recibo de placa de discapacidad del DMV
- Verificación de un profesional de la salud, página 5 (obligatorio para los solicitantes de Access ADA)

Información adicional sobre la evaluación en persona y elegibilidad para el servicio de Access ADA

Todos los solicitantes de Access ADA deben completar una evaluación en persona con un técnico de elegibilidad de paratransporte en una oficina de Omnitrans solo a través de una cita previa. Deberá traer su paquete de solicitud completo, incluida la Sección de Verificación del Profesional de la Salud llenada por un profesional médico calificado y con licencia. El proceso de revisión puede demorar hasta dos horas además del tiempo que le tome llegar al lugar. El transporte gratuito hacia y desde su evaluación está disponible a pedido.

Durante la evaluación, el Especialista en Movilidad Comunitaria revisará su solicitud y le hará preguntas adicionales sobre su capacidad para usar el sistema regular de autobuses. Es posible que deba participar en una evaluación funcional al aire libre en la comunidad para evaluar más a fondo sus habilidades. Recibirá su determinación de elegibilidad por escrito dentro de los 21 días a partir de la fecha en que se complete el trámite de su solicitud, lo que incluye su evaluación en persona y la revisión de cualquier información adicional. Se le puede otorgar elegibilidad completa (Incondicional), elegibilidad limitada solo para condiciones específicas (Condicional) o por un período determinado (Temporal). Se le tomará una foto durante la evaluación en persona la cual se usará para su tarjeta de identificación ADA, si se determina que es elegible.

Las determinaciones de elegibilidad se basan únicamente en la constatación de que tiene una discapacidad que le impide viajar en el autobús todo o parte del tiempo. Las personas cuya evaluación determine que tienen la capacidad de utilizar el sistema regular de autobuses en todo tipo de viaje, no serán elegibles para Access. Si no está de acuerdo con su determinación de elegibilidad, puede seleccionar una apelación por escrito a Omnitrans ya sea del Nivel Uno o del Nivel Dos, dentro de los 60 días posteriores a la determinación. En una apelación del Nivel Uno, un Especialista en Apelaciones independiente del Departamento de Elegibilidad revisará la documentación y cualquier información nueva que usted proporcione y que considere relevante. En una apelación del Nivel Dos, usted puede comparecer ante un Panel de Revisión de Apelaciones para presentar información que considere que debe tenerse en cuenta. La decisión del panel es definitiva. Para obtener información adicional sobre el servicio Omnitrans Access, consulte la versión más reciente del folleto "Políticas de paratransporte para personas con discapacidades".

La información que proporcione se utilizará para determinar su elegibilidad para los programas y se mantendrá estrictamente confidencial.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre _____ Inicial SN _____ Apellido _____
Dirección del domicilio _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Dirección Postal _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono casa (____) _____ Celular (____) _____ Correo electrónico _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) ____/____/____ Edad _____ Masculino Femenino
Nombre del contacto de emergencia _____ Número de teléfono (____) _____
Nº de identificación Medicare/Medical _____ Nº de ident. de Omnitrans Access _____
¿Tiene una discapacidad? Sí, permanente No Temporal, duración estimada _____
¿Su discapacidad fue verificada por un médico? Sí, fecha de verificación _____ No
¿Está su discapacidad relacionada con el servicio militar? Sí, 30% o más Sí, menos de 30% No

Sección 2: INFORMACIÓN SOBRE SU MOVILIDAD ACTUAL

¿Usa alguno de los siguientes? Andador (¿Se puede plegar?) Sí No
 Scooter eléctrico Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Silla tipo carriola
 Oxígeno Prótesis Muletas Soportes Bastón/Bastón blanco
 Animal de servicio certificado Otro _____
¿Tiene alguna necesidad especial de comunicación (letra grande, Braille, TDD/California Relay, etc.)?

¿Utiliza actualmente el sistema regular de autobuses? Sí No A veces
Si su respuesta fue no, ¿cómo se transporta actualmente? _____
¿Cuál es o sería para usted la parte más difícil de viajar en autobús?

¿Puede o podría llegar a la parada del autobús y abordar el autobús sin la ayuda de otra persona?

¿Sabe qué rutas de autobús llegan a su vecindario y están más cerca de su casa?

¿Cómo describiría el área donde vive (colina empinada, colina con pendiente suave, etc.)?

¿Vive en una planta baja o primer piso? Sí No
¿Cuántos escalones hay en la entrada de su residencia? _____
¿Hay aceras en su residencia? Sí No
¿Hay una rampa de acceso a su residencia? Sí No

¿Cómo se enteró de nuestros programas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evento/recurso de alcance al público | <input type="checkbox"/> Trabajador social/Administrador del caso |
| <input type="checkbox"/> Familia/amigos | <input type="checkbox"/> Libro de autobuses |
| <input type="checkbox"/> En línea | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Sección 3: ACUERDO DEL SOLICITANTE

Si solicita Omnitrans Access ADA:

He leído y entiendo completamente el proceso de elegibilidad tal como se describe en la Guía de elegibilidad para el paratransporte de Omnitrans Access, incluida en esta solicitud. Acepto que, si se me certifica para el servicio Omnitrans Access, pagaré la tarifa exacta (si es que se requiere) para cada viaje. Acepto notificar a la oficina de Elegibilidad de Omnitrans cualquier cambio en mi estado que pueda afectar mi elegibilidad para utilizar el servicio. También entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos del Paratransporte de Omnitrans será motivo suficiente para la revocación de mi elegibilidad y el derecho a participar en el programa. He leído y comprendo completamente las condiciones del servicio descritas en las Políticas de Paratransporte de Omnitrans Access y acepto cumplirlas.

Si solicita el programa de reembolso de millaje, el programa de viajes en taxi o el programa de viajes de Uber:

Reconozco que el que otra persona conduzca un vehículo para transportarme, es una actividad inherentemente peligrosa y que la participación en estos programas podría implicar algún peligro para mi persona o mis bienes, o para la persona o bienes de terceros. En consideración a mi participación en los programas de Reembolso de Millaje y/o Viaje, acepto relevar y eximir de responsabilidad a Omnitrans, sus funcionarios, directores, agentes, empleados y voluntarios, así como a todas y cada una de las organizaciones, agencias o personas que brindan financiación o apoyan de otra forma los programas; de todos y cada uno de los reclamos, pérdidas y responsabilidades (incluidos los costos y los honorarios de abogados) emergentes de los daños causados a los bienes o lesiones provocadas a mí persona o a terceros incluida la muerte; que surjan de o estén relacionados de alguna manera con mi participación en los programas de Reembolso de Millaje y/o Viajes. Reconozco que Omnitrans puede recibir detalles limitados de los viajes que realizo en estos programas.

Para todos los solicitantes:

Entiendo y acepto relevar y eximir de responsabilidad a Omnitrans frente a todos los reclamos o responsabilidades por daños a cualquier persona, bienes o lesiones personales como resultado de mi falta de equipamiento o mantenimiento de la seguridad del equipo de adaptación o el animal de servicio que requiero para mi movilidad. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la información que brindo se tratará de manera confidencial, solo se utilizará para determinar mi elegibilidad inicial y continua para los programas, y se conservará como parte permanente de mi expediente. Por la presente autorizo que se comparta con Omnitrans la información de verificación y cualquier otra información adicional, con el fin de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa Access y/u otros programas operados por los Servicios de Transporte Especial de Omnitrans. Acepto cumplir con todas las políticas de Omnitrans, según se me comunique, incluidas aquellas sobre las directrices del programa, y reconozco que el incumplimiento de cualquier política del programa puede resultar en la terminación de los servicios. Entiendo que es la política de Omnitrans procesar cualquier caso presunto o sospechado de fraude. Se realiza una “afirmación fraudulenta” cuando un usuario de Omnitrans, un miembro de la familia del usuario o una persona no relacionada, como su cuidador o un conductor voluntario, realiza una representación falsa de un hecho presente o pasado, lo que resulta en la utilización de fondos. Entiendo que la oficina de Servicios de Transporte Especial de Omnitrans puede, en ocasiones, revisar las políticas y los formularios utilizados para los programas, y acepto cumplir con las versiones más recientes de todos los documentos.

Firma del solicitante _____ **Fecha** _____

Nombre de la persona que ayudó a llenar la solicitud del solicitante.

Nombre _____ Teléfono (____) _____

Firma _____ Fecha _____

Section 4: Healthcare Professional Verification - Required for All Omnitrans Access ADA Applicants

This verification form must be completed by a qualified licensed healthcare professional. Examples include but are not limited to a physician, psychiatrist, psychologist, chiropractor, ophthalmologist, registered nurse, or social worker.

Name of Professional _____ License No. _____
Title _____ Agency/Affiliation _____
Business Address _____
Business Telephone(_____) _____

Name of client: _____

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 provided on this verification of eligibility form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of Qualified Healthcare Professional _____ Date _____