

**CERTIFICACIÓN DE  
ELEGIBILIDAD ADA  
DE LONGVIEW TRANSIT**

Devuelva la solicitud completa a:

**LONGVIEW TRANSIT  
Director of Operations  
908 Pacific Ave.  
Longview, Texas 75602**

- OFFICE USE ONLY -
Determination:
Expiration Date:
Assessment Date:

*LONGVIEW TRANSIT* sólo utilizará la información obtenida en este proceso de certificación para la prestación de servicios de transporte.

**PARTE I -- Para Ser Completado Por El Solicitante (Por Favor Imprima o Escriba)**

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	
Dirección		No.Apt.	
Ciudad	Estado	Código Postal	
No. de Teléfono	No. del Teléfono Trabajo	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento

\*\*\*\*\*

**PARTE II -- Por favor responda a las siguientes preguntas.**

1. ¿Es capaz de subir y bajar sin ayuda de Longview Transit y *sin* la rampa de ascenso de silla de ruedas?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Es capaz de subir y bajar sin ayuda de Longview Transit *con* la rampa de ascenso de silla de ruedas?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Es capaz de viajar hasta la parada de autobús más cercana?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

4. ¿Utiliza actualmente servicios de tránsito de Longview Transit?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cuales Rutas? \_\_\_\_\_

5. ¿Es capaz de manejar el dinero y las transferencias?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Y usted es capaz de utilizar barandillas y asideros?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

7. ¿Es capaz de mantener el equilibrio mientras estás sentado en un autobús en movimiento?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_

8. ¿Es capaz de entender los horarios de autobuses? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Comprender y seguir instrucciones? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
¿Procesar información de cómo usar Longview Transit? Sí \_\_\_ No \_\_\_

9. Si puede utilizar un autobús con ascensor equipado, actualmente esta incapaz de usarlo porque:

\_\_\_ ¿Una de las rutas o varias no tienen disponible el ascensor equipado en los autobuses?

\_\_\_ ¿El ascensor no se puede utilizar en las paradas de autobús donde usted lo necesita?

\_\_\_ ¿La silla de ruedas no se puede acomodar en el vehículo de transporte?

\_\_\_ Otras razones. Por favor explique: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene dificultades viajar hacia o desde una ubicación de parada de autobús por una o más de las siguientes razones?

\_\_\_ Incapacidad para negociar un terreno montañoso

\_\_\_ Sensibilidad extrema a las condiciones climáticas

\_\_\_ Sensibilidades Alérgicas / Ambientales

\_\_\_ Híper-fatiga / Debilidad

\_\_\_ Ceguera Nocturna

\_\_\_ Inhabilidad de cruzar intersecciones ocupadas

\_\_\_ Inhabilidad de subir tres escalones de 10 pulgadas de altura

\_\_\_ La parada del autobús está muy lejos

\_\_\_ Otras razones. Por favor explique: \_\_\_\_\_

11. ¿Es capaz de realizar las siguientes funciones sin supervisión?

a) ¿Navegar entre lugares familiares?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si, con entrenamiento: \_\_\_\_\_

b) ¿Señalar al conductor que quiere bajar en una parada familiar y bajar del autobús sin ayuda?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si, con entrenamiento: \_\_\_\_\_

c) ¿En una parada de autobús servida por más de una ruta, puede distinguir el autobús correcto para abordar e indicar su intención de abordar?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si, con entrenamiento: \_\_\_\_\_

12. ¿Es capaz de realizar las siguientes funciones sin la ayuda de otra persona?

\_\_\_ Viajar 200 pies (la longitud de un bloque de la ciudad)

\_\_\_ Viajar ¼ de una milla (la longitud de 3 bloques de la ciudad)

\_\_\_ Cuál es la máxima distancia que usted puede viajar para llegar a una parada de autobús

13. ¿Su capacidad para llegar de un lugar a otro está afectado por?

\_\_\_ Terreno, como cerros empinados, ausencia de banquetas o cruce, y otras condiciones

\_\_\_ Lluvia, nieve, hielo

\_\_\_ Temperaturas extremas de frío o calor, tiempo ventoso

14. ¿Es capaz de esperar afuera por 10 minutos?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ A veces \_\_\_

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

15. ¿Es capaz de esperar afuera por 10 minutos?

Sí \_\_\_ No \_\_\_ A veces \_\_\_

Si no, por favor explique: \_\_\_\_\_

16. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando se siente bien?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

17. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando *no* se siente bien?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

18. ¿Hay banquetas en su residencia?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

19. ¿Cómo describiría el terreno donde usted vive? (cerro empinado, plano, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. ¿Es capaz de cruzar la calle o una intersección ocupada solo?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

Si sí, bajo cuales circunstancias: \_\_\_\_\_

---

21. ¿Ha recibido entrenamiento de movilidad para aprender cómo usar las rutas o llegar a sus destinos?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Qué aprendió?: \_\_\_\_\_

---

22. Hay entrenamiento de movilidad disponible, ¿estaría interesado en participar?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

23. Indique tres de sus destinos más frecuentes, y ¿como viaja a ellos?

Destino o Dirección	Frecuencia de Viaje	¿Como llega a este destino?
---------------------	---------------------	-----------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

24. ¿Hay destinos lo cual a usted le gustaría viajar, que aun no puede viajar?

Destino o Dirección	Frecuencia de Viaje	¿Barrera?
---------------------	---------------------	-----------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

25. ¿Cómo se entero del servicio de LONGVIEW TRANSIT?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PARTE III -- Estas preguntas están diseñadas para darnos una mejor comprensión de sus opiniones sobre ciertos aspectos accesible de los servicios de autobús de ruta fija. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente y circule el número que indica si está de acuerdo, en desacuerdo, o no está seguro.

	<u>De Acuerdo</u>	<u>Desacuerdo</u>	<u>No Estoy Seguro</u>
1. El sistema de autobús está muy complicado para mí.	1	2	3
2. He escuchado hablar muy bien de los servicios de Longview Transit de otras personas.	1	2	3
3. No estoy interesado en usar el servicio de Longview Tránsito para mi transporte.	1	2	3
4. Necesito tener un asiento en el autobús, pero me temo que no voy a conseguir uno.	1	2	3
5. Todos en el autobús se encontraran con una inconveniencia ya que me toma más tiempo para abordar. La gente se enojará.	1	2	3
6. Viajar en el autobús me hace más vulnerable a crimen, y tengo miedo por mi seguridad.	1	2	3
7. Creo que mi comunidad tiene buen servicio de autobuses.	1	2	3
8. Temo que voy a bajarme en la parada equivocada.	1	2	3
9. Llegar a mi destino a tiempo no es importante para mí.	1	2	3
10. Tarifas más bajas son un incentivo para que yo viajar en el autobús.	1	2	3
11. Hacer mis viajes por autobús me tardará demasiado.	1	2	3
12. Necesito ayuda con los amarres y yo no creo que el operador de Longview Transit me ayudará.	1	2	3
13. Tendría que levantarme temprano en la mañana para usar el autobús, lo que sería un problema.	1	2	3
14. Si el autobús se mueve antes de que yo me siente, temo que pueda caer.	1	2	3

PARTE VI – Por favor elija a alguien quien NO estaría viajando con usted.

**En Caso De Una Emergencia Notifique:**

Nombre		Relación	
Teléfono del Hogar		Teléfono del Trabajo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

\*\*\*\*\*

PARTE V – Por favor responda a todas las preguntas siguientes.

Yo comprendo que mis derechos y responsabilidades por el servicio de LONGVIEW TRANSIT son:

1. LONGVIEW TRANSIT es transportación público y entiendo que estaré compartiendo viajes con otros pasajeros.....
2. LONGVIEW TRANSIT no provee servicio de emergencia.....
3. Tengo que demostrar mi tarjeta de LONGVIEW TRANSIT y pagar la tarifa cada vez que viajo.....
4. Tres faltas de presentación (No Shows) en 30 días podría resultar en una suspensión del pasajero.....
5. LONGVIEW TRANSIT tiene 15 minutos antes y 15 minutos después del viaje programado para llegar.....
6. LONGVIEW TRANSIT esperará solo 5 minutos desde el tiempo en que llega el vehículo.....
7. LONGVIEW TRANSIT es un servicio de banqueta-a-banqueta.....



## **Estimado Proveedor de Atención Médica**

La Americans with Disabilities Act (ADA) y sus reglamentos federales de ejecución establecieron categorías de las personas que son elegibles para recibir servicios de paratransito complementarios a servicios de autobús de ruta fija. Las tres categorías de personas con derecho a servicio paratransito complementario son:

1. Las personas que, a causa de su discapacidad, no pueden de forma independiente abordar, viajar y/o bajarse de un vehículo accesible.
2. Las personas que, a causa de su discapacidad, no pueden utilizar vehículos sin ascensores u otros alojamientos.
3. Las personas que, a causa de su discapacidad, no pueden llegar a la parada o a un punto donde pueden abordar o desembarcar del vehículo.

Toda persona debe ser certificada como elegible a servicio paratransito ADA si hay alguna parte del sistema de transito que no se puede utilizar o navegar por ese individuo a causa de una discapacidad. Personas no son descalificadas sobre la base de un diagnóstico específico discapacidad.

La información solicitada de usted en las páginas siguientes permitirá a LONGVIEW TRANSIT obtener la información necesaria para establecer elegibilidad del solicitante. Gracias por su asistencia.



Altura del Solicitante: \_\_\_\_\_

Peso del Solicitante: \_\_\_\_\_

¿El solicitante puede caminar o ir ¼ de una milla (3 bloques) sin asistencia de alguna otra persona?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

1. ¿Puede el solicitante subir escalones de 10-pulgadas con ayuda?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

2. ¿Puede el solicitante esperar afuera por 15 minutos sin ayuda?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

3. ¿El solicitante necesita diálisis?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

4. ¿El solicitante tiene una discapacidad auditiva?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

5. ¿El solicitante puede dar direcciones y números de teléfono a si se lo piden?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

6. ¿El solicitante puede reconocer su destino o un punto de referencia?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

7. ¿El solicitante podrá enfrentar situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

8. ¿El solicitante puede pedir, entender y seguir instrucciones?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

9. ¿El solicitante puede viajar de forma segura y efectiva solo a través de lugares llenos de gente o edificios complejos?

Sí \_\_\_ No \_\_\_

**\*\*Si el cliente tiene una discapacidad visual:**

Agudeza visual con la mejor corrección: Ojo Derecho \_\_\_\_\_  
Par de Ojos \_\_\_\_\_

Ojo Izquierdo \_\_\_\_\_

Perfiles visuales: Ojo Derecho \_\_\_\_\_  
Par de Ojos \_\_\_\_\_

Ojo Izquierdo \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier otra discapacidad que impide al cliente de usar el servicio de autobús regular. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PARTE VIII

Basado en mis conocimientos profesionales del solicitante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Proveedor de Atención Médica (Favor Imprimir)    No. de Teléfono de Oficina

\_\_\_\_\_  
Dirección de Oficina                      Ciudad                      Estado                      Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número de licencia del Estado (Complete si corresponde-debe estar al día)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_