



Querido Aplicante de Paratransit,

Estoy incluyendo una aplicación para el sistema de Metro McAllen Paratransit (MMP), un alternativa de banqueta a banqueta para la gente con discapacidades que le evitan a la persona inhabilitada use la ruta permanente de transporte público.

Por favor tome algunos minutos para leer los materiales incluidos que explican los parámetros de este programa; conteste las preguntas con respecto a su inhabilidad de utilizar el transporte público. Las aplicaciones incompletas retrasarán el proceso de la revisión. Adjunto se encuentra un formulario que deberá ser llenado por su médico.

Al terminar de llenar su aplicación, por favor envíela a:

Metro McAllen Paratransit
1501 West Hwy 83, Suite 110
McAllen, TX 78501

Las aplicaciones enviadas por telefax no serán aceptadas. Una vez que se haya recibido su aplicación, el personal de MMP le contactará con el coordinador de MMP, para tener una entrevista. Las entrevistas serán conducidas el lunes y miércoles a partir de la 10:30 mañana a P.M. 1:30. Observe por favor que el servicio de Paratransit será proporcionado y desde la entrevista por requerimiento. El precio de Paratransit costará \$0.50 por cada viaje.

Se recomienda altamente que sí usted necesita ayuda, usted deberá traer alguna persona con usted. No proporcionaremos ayuda en el estacionamiento.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la aplicación, por favor de llamar a nuestras oficinas a (956) 681-3535.

Sinceramente,

Doris Hein

Metro McAllen

Metro McAllen
Aplicación Para
Servicio de Paratransit

Que es Paratransit?

Paratransit es una alternativa, de banqueta a banqueta, de demanda-responsiva al servicio del transporté. Se diseña "para reflejar" el servicio de Metro McAllen con las rutas permanentes en ciertas áreas y horas.

El servicio de banqueta a banqueta refleja provisiones de ADA significando que NO se proveerá a individuos entre la puerta o el punto de partida o destino del vehículo de Paratransit. Se proveerá SOLAMENTE asistencia a los individuos para abordar o desaboardar el vehículo (i.e. elevador de silla de ruedas). Además, Paratransit es requerido para proveer sus servicios solamente si el punto de partida y el destino del viaje son localizados dentro de $\frac{3}{4}$ de milla de las rutas permanentes de Metro McAllen y durante el horario de operación de las mismas.

Quién Califica para Paratransit?

El servicio de Paratransit está diseñado para servir SOLAMENTE aquellas personas con severa discapacidad que los previene de usar el servicio de transporté público. Bajo el Acto Americano con Discapacidades (ADA), la discapacidad por sí sola no califica a una persona para usar el servicio de Paratransit. La persona debe de estar FUNCIONALMENTE inhabilitada para usar las rutas permanentes de Metro McAllen. Se les proveerá el servicio a los siguientes tres grupos generales con individuos discapacitados.

1. Individuos con impedimentos mental o visual quién, como resultado no pueda "navegar el sistema", o individuos que no pueda abordar, pasear, o desembarcar de un vehículo accesible "sin la asistencia de otro individuo".
2. Individuos que necesiten un elevador para la silla de ruedas cuando el equipo de elevador del autobús no esté disponible en la ruta permanente que usted necesitase viajar.

Individuos que tengan "algún impedimento específico relacionado con la condición que previene al individuo de viajar hacia alguna locación de abordaje o desembarco."

Por favor de poner sus iniciales en el área proporcionada a continuación después de haber leído la información anterior en su totalidad.

Aplicación Para Metro McAllen Paratransit

Por favor conteste las siguientes preguntas lo más posible que se pueda. Si una pregunta no se aplica a usted, marque claramente N/A en el espacio proporcionado

PARTE I: INFORMACION GENERAL

1. Nombre: _____
2. Dirección: _____ Apt. #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
3. Número de teléfono: Casa: () _____ Trabajo: () _____
Otro: _____
4. Indique la INTERSECCION Y/o SENAL _____
lo más cerca posible a su hogar: _____
Indique la PARADA de AUTOBUS mas cerca de su hogar _____
distancia aproximada: _____
5. Fecha de nacimiento: _____ No. de Seguro Social: _____
6. Contacto de Emergencia:
Nombre: _____ Teléfono: (Casa): _____
Parentesco: _____ Teléfono: (Trabajo): _____
7. Si alguien lo ayudo a llenar el formulario, indique por favor:
Nombre: _____ Teléfono: _____

PARTE II: INFORMACIÓN SOBRE LA INHABILIDAD DEL ASPIRANTE

8. Compruebe por favor la razón (es) porque está buscando elegibilidad para paratransit del ADA.

Puedo utilizar los autobuses fijos del Metro de la ruta para ir algunos lugares, pero no para otros lugares. (expliqué brevemente)

Puedo utilizar los autobuses fijos del Metro de la ruta a veces, pero solamente sí se equipan para poder transportar la silla de ruedas.

NUNCA Puedo utilizar la ruta fija del Metro porque (expliqué brevemente): _____

9. De la lista siguiente, por favor marque todas las inhabilidades o síntomas de los cuales le previene abordar o desaboardar los autobuses públicos. **Todas las áreas marcadas se deben indicar en La parte de la aplicación que le toca a su médico llenar.**

Condición Medica General (*En español*)

Cáncer

Diabetes

Renal

Trasplanté de órgano

Otro: _____

Condición de Visión/Oído/Garganta

Afasia

Cataratas

Glaucoma

Retinopatía Diabético

Defecto Visual

Ceguera Nocturna

Ceguera Parcial

Ceguera Legal

(20/200 o peor)

Ceguera Total

(No percepción de luz)

Sordo

Sordo/Ciego

Otro: _____

Condición de Corazón y Circulación

Angina

Paro cardíaco congestivo

Edema

Condición de Neuromuscular

Parálisis Cerebral

Lesión Cerebral

Esclerosis Múltiple

Distrofia Muscular

Paraplejía

Enfermedad de Parkinson

Cuadriplejia

Espina Bífida

Embolia

Vértigo / Mareos

Otro: _____

Condición Pulmonar o Respiratorio

Alergias

Asma

Fibrosis Cística

Enfisema

Otro: _____

Condición de Hueso o Coyuntura

Amputación

Hueso Roto

Artritis

Osteoartritis

Osteoporosis

Otro: _____

Cirugía del Corazón

Presión Arterial Alta

Otro: _____

Cognoscitivo/Psicológico

Alzheimer

Autismo

Demencia

Retraso Mental

Desorden de Pánico

Esquizofrenia

Otro: _____

10. Esta la inhabilidad descrita arriba: Temporal o Permanente

Si es temporal, aproximadamente cuanto tiempo duraría la inhabilidad?

3 a 6 meses

6 a 9 meses

9 a 12 meses

PARTE III: INFORMACION DE LA AYUDA DE MOBILIDAD

11. Si usted utiliza ayuda de movilidad, marque todo lo que se aplique:

Silla de ruedas Manual

Inclinación

Resto de Pie ampliado

Silla de Ruedas con motor

Inclinación

Resto de Pie ampliado

Scooter (i.e. Amigo)

3-Wheeled

4-Wheeled

Por favor, indíquenos la longitud y el tamaño de la base de ruedas: _____

NOTA: Puede que no seamos capaces de acomodar si su silla/scooter si es más de 48" o más grande que 32" o si su peso total con silla de ruedas es más de 600 libras.

Dispositivo para caminar:

Caminador dobladizo

Caminador que no es dobladizo

Muletas

Bastón

Bastón Largo Blanco

Refuerzo de pie

Animal Adiestrado

12. ¿Qué tan lejos, puede viajar, con ayuda movilidad o solo(a)?

No puedo viajar fuera de mi casa/apartamento

Puedo llegar a la acera en frente de mi casa/apartamento

- Puedo viajar hasta 3 cuadras (1/4 milla)
- Puedo viajar hasta 6 cuadras (1/2 milla)
- Puedo viajar hasta 9 cuadras (3/4 milla)

* Nota: Un PCA es alguien que se señala o se emplea específicamente para asistir al aspirante con la terminación por lo menos de una actividad diaria sobre una base, tal como ayuda de la movilidad, un cuidado personal, comer, o una comunicación regular. *

13. Viajara con usted un personal de cuidado (PCA)? Si No Alguna Vez

Si es Si o alguna vez por favor proporcione el nombre de el PCA y de la ayuda que se le otorga _____

14. Como viaja actualmente? (marqué todo al que aplica)

- Yo me conduzco Metro McAllen Paratransit Camino
- Alguien más me conduce Servicio de Van/Carro Otro Explicar: _____
- Ruta Fija de Autobús Taxi

PARTE IV: PREGUNTAS SOBRE UTILIZACION DE LOS AUTOBUSES DE METRO MCALLEN

16. Ha utilizado siempre los autobuses del Metro? Yes No

Si es si, cuantas veces a la semana?

Explique: _____

Si es si, porque paro de utilizar?

Explique: _____

Si paro de utilizar, por qué es ahora imposible y no sólo difícil, para que usted viaje en un autobús de ruta fija?

Explique: _____

Si no, porque nunca ha utilizado las rutas fijas de el autobús?

Explique: _____

17.Cuál de las siguientes es usted capaz de hacer en un autobús de Metro regular?

- Puede usted leer un horario del autobús (TDD incluyendo, cinta, voz) Si No
- ¿Puede usted calcular la tarifa correcta? Si No
- ¿Puede usted poner la tarifa en la caja? Si No
- ¿Puede usted seguir instrucciones en caso de emergencia? Si No
- ¿Usted sabe donde bajar? Si No

¿Puede llegar a su destino al bajar del autobús?

Si

No

¿Puede abordar o desaboardar el autobús sin elevador o sin rampa?

Si

No

Si contesto "No" en cualquiera de las preguntas anteriores, por favor indique como se le hace imposible basado en la discapacidad que tenga?

18. ¿Puede usted llegar a la parada de autobús de las rutas del Metro por si solo o usando algún tipo de aparato de movilización?

No puedo si hay o no hay cortes en la banqueta

No puedo si la superficie de la calle es desigual

No puedo si la calle o banqueta esta muy inclinada

No puedo cruzar calle ocupada e intersecciones

Me confundo y no puedo encontrar mi camino

Yo probablemente podría con la instrucción

Me siento inseguro viajando solo

No puedo reconocer puntos de referencia

Si marcó alguna de las opciones anteriores por favor explique:

Como le afecta el clima con su discapacidad y le limitan su uso de los autobuses de la ruta fija?

19. Puede usted esperar 10-15 minutos por la ruta fija de Metro McAllen?

Yes

No

Si es NO, por favor explique:

20. Puede usted subir tres pasos de 11 pulgadas o encontrar un asiento por sí mismo sin ninguna ayuda?

Yes No

Si es NO, por favor explique: _____

21. Alguna vez ha recibido entrenamiento para viajar en autobús? Yes No

El entrenamiento concluyó con éxito? Yes No

Si fue así, por favor de proveer la siguiente información:

Nombre del Entrenador: _____ Nombre de la Agencia: _____

Si no a recibido ningún entrenamiento le gustaría recibirlo para aprender a cómo usar las rutas fijas? Si No

Por favor de explicar si usted marcó no: _____

22. Para entender mejor sus necesidades, por favor ponga en una lista de tres viajes que usted hará con más frecuencia utilizando el servicio de Paratransit.

1. De: _____ A: _____

No. de viajes por semana: _____

2. De: _____ A: _____

No. de viajes por semana: _____

3. De: _____ A: _____

No. de viajes por semana: _____

FORMA DE ACUERDO DE CANDIDATO

Entiendo que el objetivo de este formulario de inscripción es para determinar si yo, el candidato, soy elegible para usar el servicio de ADA Paratransit según a las directrices de las leyes para los Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA por siglas en ingles).

Entiendo que esta solicitud no puede procesarse si no está completa. Entiendo que el coordinador/a de Metro McAllen (MMP) puede ponerse en contacto con mi profesional de la salud / agencia para verificar mi discapacidad. Entiendo que igual podría hablar conmigo o verme en una fecha posterior para aclarar o para obtener más información.

Estoy de acuerdo que tendría que notificar a Metro McAllen Paratransit at (956) 681-3535 si por cualquier razón ya no necesito el servicio de paransit, incluyendo un cambio en mi capacidad para utilizar el servicio de autobús. También entiendo que no apegarse a las políticas y procedimientos para el uso de paratransit podrá ser motivo de suspensión o revocación de mi elegibilidad para participar en este programa.

Entiendo que toda la información será confidencial; únicamente la información necesaria será divulgada a aquellas personas que realizan esos servicios.

Entiendo que el procedimiento puede llevarse hasta 21 días empezando en el momento de que MMP reciba la aplicación completa. Si mi solicitud se devuelve para obtener aclaraciones o información adicional, esto puede atrasar el proceso. Recibiré la notificación de la determinación de esta aplicación. Si soy elegible para este servicio en una base permanente, temporal o condicional, me darán una Guía de Procedimientos y políticas MMP junto con una tarjeta de identificación MMP.

Entiendo que puedo apelar la determinación dentro de 60 días después de recibir la notificación por escrito si soy determinado inelegible para el servicio MMP o si no estoy satisfecho con mi tipo de elegibilidad.

Entiendo que si el Coordinador de MMP recibe nueva información acerca de un cambio en mi capacidad funcional o cognitiva, mi estado de elegibilidad pueden ser revisado y cambiado. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación y que la falsificación de la información material dará lugar a la revocación de mi certificación. Entiendo que una declaración falsa en el presente documento puede resultar en el rechazo de mi solicitud para el servicio de paratransit.

Firma de solicitante

Fecha

Guardián o Persona asistiendo con la aplicación

Fecha

Relación con el solicitante

FOR OFFICIAL USE ONLY – DO NOT WRITE IN THIS BOX

Eligibility: Unconditional Conditional Temporary: (Until) Date: _____ Denied

PCA YES NO

Condition(s) or Reason(s) for Denial: _____

**PARTE V: AUTORIZACION PARA LIBERAR ARCHIVOS MEDICOS
(DEBERA DE SER COMPLETADO POR EL/LA APLICANTE)**

La verificación de discapacidad completada por un profesional no garantiza la elegibilidad para el servicio de transporte, pero PUEDE contar como un dato mejor para la determinación del proceso de elegibilidad. Mientras que la verificación de un Doctor no es requerida, es importante que cualquier persona profesional que verifique la discapacidad del individuo deba estar familiarizado no solamente con la discapacidad del individuo, pero también con su habilidad o inhabilidad de viajar dentro del sistema de las rutas permanentes.

Declaración para Liberar Archivos Médicos

Yo, firmó el documento bajo el conocimiento y entendimiento que la información médica requerida es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o agencia, con la posible excepción de otro proveedor de transporte u otro programa de transportación para facilitar los viajes. Yo autorizó la liberación de cualquier o de todos los archivos médicos y/o información del profesional hacia Metro McAllen con el propósito de determinar mi elegibilidad para el sistema de transporte.

Profesionales Calificados

Nota: Solamente los siguientes profesionales están autorizados para verificar su discapacidad: Doctor Familiar, Físico Terapeuta, Terapeuta Ocupacional, Especialista O & M, Terapeuta, Especialista en Rehabilitación, Licenciado en Trabajo Social, Enfermera Registrada, Oftalmólogo, Psiquiatra, Psicólogo, y el Gerente de Casos.

Firma de solicitante

Date

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE ESTA SOLICITUD PUEDE TARDAR HASTA 21 DÍAS PARA PROCESAR.

Applicant's Name: _____

(PLEASE HAVE ONE OF THE FOLLOWING PROFESSIONALS COMPLETE THE REST OF THIS APPLICATION)

PROFESSIONAL CERTIFICATION

Please select from the following:

Family Physician	<input type="checkbox"/>	Independent Specialist	<input type="checkbox"/>	Ophthalmologist	<input type="checkbox"/>
Physical Therapist	<input type="checkbox"/>	O & M Specialist	<input type="checkbox"/>	Psychiatrist	<input type="checkbox"/>
Occupational Therapist	<input type="checkbox"/>	Licensed Social Worker	<input type="checkbox"/>	Psychologist	<input type="checkbox"/>
Therapist	<input type="checkbox"/>	Registered Nurse	<input type="checkbox"/>	Case Manager	<input type="checkbox"/>

Dear Professional:

The applicant who has asked you to review the information on the application and to sign this form is applying for eligibility for Metro McAllen Paratransit services. Please read the following information carefully since it may affect your response.

Who Qualifies for Paratransit?

Paratransit is designed to serve ONLY those persons whose severity of disability prevents them from using public transportation. Under the Americans with Disabilities Act (ADA), disability or age does not automatically qualify a person to ride Paratransit. A person must be FUNCTIONALLY unable to use the fixed-route Metro McAllen service. A person simply being reluctant to use the fixed route because they think it is inconvenient is not a consideration in determining paratransit eligibility.

Service is provided to the following three general groups of persons with disabilities.

1. Individuals with mental or visual impairments who, as a result, cannot "navigate the system", or people who cannot board, ride, or disembark from an accessible vehicle "without the assistance of another individual (other than the bus driver)."
2. Individuals who need a wheelchair lift when a wheelchair lift-equipped bus is not available on the fixed route that they need to travel. (Please note: All Metro McAllen fixed-route buses are wheelchair lift-equipped.)
3. Individuals that have "a specific impairment-related condition which prevents such individual from traveling to a boarding location or from a disembarking location."

What is ParaTransit?

ParaTransit is an alternative, curb-to-curb, reservation-required shared-ride public transportation service operating only in the McAllen area. It is designed to "mirror" the Metro McAllen's fixed-route service in terms of available times and areas.

Curb-to-curb and "mirroring" provisions of ADA mean that NO assistance is provided to individuals between the door of their starting point or destination and the Paratransit vehicle. Assistance is provided ONLY to help board and exit vehicles. In addition, Paratransit is required to provide service only if both the starting point and the destination of a trip are located within 3/4 mile of a Metro McAllen fixed route during hours when that route is operating.

CERTIFICATION

Please provide information regarding the *abilities and limitations* of the above applicant and the impact on their ability to use fixed route transit services. Federal law requires Metro McAllen to provide Paratransit services to persons who cannot utilize available fixed-route bus services. The information you provide will allow us to make an appropriate evaluation of

this request. Falsification of any information may result in denial of service to the applicant. Federal law also requires that we make a prompt determination in this matter.

We understand that you may only see the applicant concerning one disability, so please answer the questions pertaining to the disability you are familiar with for this applicant. Because there are sections in this application that may not apply to the applicant, it is important to make the appropriate answers only to those applicable sections, marking the section that does not apply and moving on to the next one.

Your immediate attention to this matter will be greatly appreciated. The applicant can only be considered after receiving this completed form. Thank you very much for your cooperation.

____I do not have sufficient knowledge of this individual to offer information of their ability to use fixed route transit services. (If checked, please skip to the signature on the last page.)

GENERAL INFORMATION

Capacity in which you know the applicant:

Identification of all condition(s) causing their limitations for safely getting to a bus stop, boarding an accessible bus (using either a ramp or one small step), and safely getting to a destination (please explain completely):

Is this condition temporary? _____Yes_____No
If temporary, expected duration until: _____/_____/_____

Is this condition episodic or occasional? _____Yes_____No
If yes, under what circumstances?

Does/would this condition cause the applicant to be a danger to himself/herself or others?_____Yes_____No

If yes, please explain.

Does/would the weather affect the applicant's disability and limit use of fixed route transit services?_____Yes_____No

If yes, please explain.

Does/would this person *require* a Personal Care Attendant to travel with them?

____Yes, on all trips. He/She always needs assistance with:
_____mobility _____reading _____eating

transfers medication other: _____
 all of the above

No, the applicant does not require assistance and may travel alone.

The applicant may need assistance at times and not at others. He/She may need assistance with: _____

VISUAL IMPAIRMENTS

Does this person have a visual impairment? Yes No *(Note: If the applicant does not have a visual impairment, please check No and go to the next section.)*

Under what conditions is the applicant unable to independently get to and from a bus stop safely, board an accessible bus (using either a ramp or one small step), and safely get to a destination?

Vision is worse during these conditions:

bright sunlight glare
 dimly lit or shaded places sees the same in different lighting conditions
 night time no vision at all

The eye condition is considered to be: stable degenerative other _____

DEVELOPMENT DISABILITIES

Does the applicant have a cognitive or developmental disability? Yes No *(Note: If the applicant does not have a developmental disability, please check No and go to the next section.)*

Under what conditions is the applicant unable to independently get to and from a bus stop safely, board an accessible bus (using either a ramp or one small step), and safely get to a destination?

Is the person able to:

Give address and telephone number upon request? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sometimes	Deal with unexpected situations or changes in routine? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sometimes
Safely and effectively travel through a crowded area? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sometimes	Be aware of safety issues when traveling alone? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sometimes

MOBILITY DISABILITIES

Does the applicant have a mobility disability? Yes No *(Note: If the applicant does not have a mobility disability, please check No and go to the next section.)*

Under what conditions is the applicant unable to independently get to and from a bus stop safely, board an accessible bus (using either a ramp or one small step), and safely get to a destination?

FUNCTIONAL ABILITIES (to be completed for all applicants)

Please indicate the applicant's ability to perform the following functions:

- a. Understand directions needed to complete a trip? _____Yes_____No
- b. Identify the correct bus or transit stop? _____Yes_____No
- c. Wait standing 15 minutes outside at a stop? _____Yes_____No
- d. Wait if seated? _____Yes_____No
- e. Recognize a destination or landmark? _____Yes_____No

Would this individual *possibly* be able to safely use an accessible fixed route bus service for some trips if a person were to train the individual on riding and understanding the bus system? This includes independently getting to and from a bus stop safely, boarding an accessible bus (using either a ramp or one small step), and safely getting to a destination. _____Yes_____No

By my signature, I certify that the medical information provided in the application is accurate to the best of my knowledge and is consistent with the applicant's medical diagnosis. I understand that falsification of information may result in denial of service to the applicant. I understand all information will be kept confidential and that the applicant has a right to receive a copy of this form, if requested.

Printed Name of Professional

Signature of Professional

License Number _____ Date

Street Address

City _____ State _____ Zip _____