



Estimado solicitante de paratransito,

Se adjunta la solicitud de certificación que solicitó para Metro McAllen Paratransit, la alternativa de origen a destino para personas cuyas discapacidades impiden el uso de los autobuses de ruta fija estándar de Metro McAllen.

Tómese unos minutos para leer los materiales adjuntos que explican el programa; luego responda las preguntas sobre sus habilidades y limitaciones para usar el transporte público regular. También debe hacer que su médico complete el formulario de certificación del médico que encontrará adjunto en la parte posterior de la solicitud. Las solicitudes incompletas retrasarán el proceso de revisión.

Al completar su solicitud, por favor envíe un correo a:

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

No se aceptarán solicitudes enviadas por fax.

Una vez que se haya recibido su solicitud, el personal de Metro revisará su solicitud. Si es necesario, puede ponerse en contacto con usted para obtener más información o para concertar una entrevista con el coordinador de paratransito. Tenga en cuenta que el servicio de paratransito se proporcionará ida y vuelta para la entrevista bajo pedido. Es muy recomendable que, si necesita ayuda, traiga a alguien con usted. No podremos proporcionar asistencia desde el estacionamiento.

El proceso puede tomar hasta 21 días para una decisión de elegibilidad, siempre que el formulario de solicitud esté completo y no se necesite información adicional. Después de los 21 días, si no se ha llegado a una decisión, el servicio de paratransito se proporcionará de forma temporal hasta que se tome una determinación. Una vez que se tome una decisión, se le notificará por carta de nuestra determinación de elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, comuníquese con el personal de Metro al (956) 681-3535.

Sinceramente

Martín Rosales
Coordinador de la ADA

Metro McAllen Solicitud de Servicio de Paratransito

¿Qué es Paratransito?

Paratransito significa servicio de transporte comparable requerido por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para personas con discapacidades que no pueden usar sistemas de transporte de ruta fija. Para cumplir con este requisito, la Ciudad de McAllen opera Metro McAllen Paratransit (MMP), un servicio de transporte público de viaje compartido que requiere reservación.

El transporte es de origen a destino. Se proporcionará asistencia entre la puerta del punto de partida o destino y el vehículo de paratransito si se solicita, con anticipación si es posible. Los conductores no pueden dejar sus vehículos desatendidos durante un largo período de tiempo, ni perder de vista el vehículo para proporcionar asistencia. Siempre se proporciona asistencia para ayudar a abordar y descender de los vehículos.

Las disposiciones de la ADA requieren que el servicio “refleje” el servicio estándar de ruta fija de Metro McAllen en términos de áreas y horarios disponibles. El servicio se proporcionará solo si tanto el punto de partida como el destino de un viaje se encuentran a no más de $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta fija de Metro McAllen. El transporte de paratransito se proporciona solo durante las horas en que las rutas fijas están operando.

¿Quién califica para Paratransito?

El servicio de paratransito está diseñado para servir solo a aquellas personas cuya gravedad de discapacidad les impide usar el transporte público. Bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), una discapacidad o la edad no califican automáticamente a una persona para viajar en paratransito. Una persona debe ser funcionalmente incapaz de usar el servicio de ruta fija de Metro McAllen. Una persona que simplemente se niega a usar la ruta fija porque piensa que no es conveniente no es una consideración para determinar la elegibilidad para el paratransito.

El servicio se proporciona a los siguientes tres grupos generales de personas con discapacidades:

1. Personas con discapacidades mentales o visuales que, como resultado, no pueden “navegar por el sistema”, o personas que no pueden abordar, viajar o descender de un vehículo accesible “sin la ayuda de otra persona (que no sea el conductor del autobús)”.
2. Personas que necesitan un elevador para sillas de ruedas cuando no esté disponible un autobús equipado con elevador para sillas de ruedas en la ruta fija que necesitan para viajar. (Tenga en cuenta que todos los autobuses de ruta fija de Metro McAllen están equipados con elevadores para sillas de ruedas).
3. Personas que tienen “una condición específica relacionada con el impedimento que imposibilita que dicha persona viaje a un lugar de abordaje o desde un lugar de descenso”.

Por favor, ponga las iniciales en el área que se proporciona a continuación después de haber leído la información anterior en su totalidad.

Metro McAllen Paratransit Solicitud

Por favor, responda a las siguientes preguntas de la manera más completa posible. Si una pregunta no se aplica a usted, marque claramente N/A en el espacio provisto.

PARTE I: INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre: _____
2. Dirección: _____ Dpto. #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____
3. Número de teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____
Otro: _____
4. Indique INTERSECCIÓN Y/O PUNTO DE REFERENCIA _____
más cercano a su casa: _____
Indique la PARADA DE AUTOBÚS más cercana a su casa y _____
la distancia aproximada: _____
5. Fecha de nacimiento: _____
6. Contacto de emergencia:
Nombre: _____ Teléfono: (Hogar): _____
Relación: _____ Teléfono: (Trabajo): _____
7. Si alguien le ayudó a completar este formulario, por favor identifíquelo:
Nombre: _____ Teléfono: _____

PARTE II: INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

8. Por favor, verifique la(s) razón(es) por la(s) que está buscando la elegibilidad para el paratransito de ADA.

Puedo usar autobuses de ruta fija para ir a algunos lugares, pero no a otros. (Explique brevemente.)

A veces puedo usar autobuses de ruta fija, pero solo si están equipados con elevadores para sillas de ruedas.

NUNCA puedo utilizar un autobús de ruta fija. (Breve explicación.) _____

9. De la siguiente lista, marque todas las discapacidades o síntomas que le impiden abordar, viajar o descender de autobuses públicos. **Todas las áreas marcadas deben indicarse en la parte de certificación del médico de esta solicitud.**

Condición médica general

Cáncer
Diabetes
Renal
Trasplante de órganos
Otro: _____

Condiciones de visión/audición/habla

Afasia
Cataratas
Glaucoma
Retinopatía diabética
Déficit del campo visual
Ceguera nocturna
Parcialmente ciego
Legalmente ciego
(20/200 o peor)
Totalmente ciego
(Sin percepción de luz)
Sordo
Sordo / Ciego
Otro: _____

Condiciones cardíacas y circulatorias

Angina
Insuficiencia cardíaca congestiva
Edema
Cirugía cardíaca
Presión arterial alta
Otro: _____

Condición neuromuscular

Parálisis cerebral
Lesión cerebral
Esclerosis múltiple
Distrofia muscular
Paraplejía
Enfermedad de Parkinson
Tetraplejía
Espina bífida
ACV
Vértigo / mareos
Otro: _____

Condiciones pulmonares y respiratorias

Alergias
Asma
Fibrosis quística
Enfisema
Otro: _____

Condiciones óseas y articulares

Amputación
Hueso roto
Artritis
Osteoartritis
Osteoporosis
Otro: _____

Cognitivo / Psicológico

- Alzheimer
Autismo
Demencia
Retraso mental
Trastorno de pánico
Esquizofrenia

Otro: _____

10. ¿Es la discapacidad descrita anteriormente: Temporal o Permanente
Si es temporal, ¿cuánto tiempo se espera que dure?
3 a 6 meses 6 a 9 meses 9 a 12 meses

Parte III: INFORMACIÓN SOBRE AYUDA PARA MOVILIDAD

11. Si utiliza ayuda para movilidad, marque todas las que apliquen:

- | | |
|--|---|
| Silla de ruedas manual <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Reclinable |
| | <input type="checkbox"/> Reposapiés extendido |
| <hr/> | |
| Silla de ruedas motorizada <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Reclinable |
| | <input type="checkbox"/> Reposapiés extendido |
| <hr/> | |
| Scooter (es decir, Amigo) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 3 ruedas |
| | <input type="checkbox"/> 4 ruedas |

Dispositivo para caminar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Andador Plegable | <input type="checkbox"/> Andador no plegable |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo | <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico para la pierna |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio | |

12. Usando una ayuda para movilidad o por su cuenta, ¿qué tan lejos puede viajar?

- No puedo viajar fuera de mi casa/apartamento
Puedo llegar a la acera frente a mi casa / apartamento
Puedo viajar hasta 3 cuadras (1/4 de milla).
Puedo viajar hasta 6 cuadras (1/2 milla).
Puedo viajar hasta 9 cuadras (3/4 de milla).

Nota: Un PCA es alguien que es designado o empleado específicamente para ayudar al solicitante a completar al menos una actividad diaria de forma regular, como asistencia de movilidad, cuidado personal, alimentación o comunicación.

13. ¿Viajará con usted un asistente de cuidado personal (PCA)*? Sí No A veces

14. ¿Cómo viaja actualmente? (marque todo lo que aplique)

Conduzco yo mismo	<input type="checkbox"/>	Metro McAllen Paratransit	<input type="checkbox"/>	Camino	<input type="checkbox"/>
Alguien más conduce	<input type="checkbox"/>	Servicio de furgoneta/auto	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/> Explique:
Autobús de ruta fija	<input type="checkbox"/>	Taxi	<input type="checkbox"/>	<hr/>	

Parte IV: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE LOS AUTOBUSES DE METRO MCALLEN

15. ¿Alguna vez has utilizado autobuses de ruta fija de Metro? Sí No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia por semana?

Explique: _____

En caso afirmativo, ¿por qué dejó de hacerlo?

Explique: _____

Si ha dejado de hacerlo, ¿por qué ahora es imposible y no solo difícil, viajar en un autobús de ruta fija?

Explique: _____

En caso negativo ¿por qué nunca ha usado los autobuses de ruta fija?

Explique: _____

16. ¿Cuál de las siguientes opciones puede hacer en un autobús regular de Metro?

¿Puede leer el horario de un autobús (incluyendo TDD, cinta, voz)? Sí No

¿Puede calcular la tarifa correcta? Sí No

¿Puede poner la tarifa en la caja? Sí No

¿Puede seguir las instrucciones en caso de emergencia? Sí No

¿Sabe dónde bajarte? Sí No

¿Puede llegar a su destino cuando se baje del autobús? Sí No

¿Se puede subir y bajar de un autobús sin ascensor ni rampa? Sí No

Si respondió “NO” a cualquiera de los anteriores, ¿de qué manera su discapacidad lo hace “IMPOSIBLE”?

17. ¿Puede llegar y salir de las paradas de autobús de ruta fija de Metro por su cuenta o utilizando una ayuda para movilidad?

No puedo si no hay cortes de acera

No puedo si la superficie de la carretera es desigual

No puedo si la calle o la acera es demasiado empinada

No puedo cruzar calles e intersecciones concurridas

Me confundo y no puedo encontrar mi camino

Probablemente podría con instrucciones

Me siento inseguro viajando solo

No puedo reconocer puntos de referencia

Si marcó alguna de las casillas anteriores, explique: _____

18. ¿Cómo afecta el clima su discapacidad y limita su uso de los autobuses de ruta fija?

19. ¿Puedes esperar 10-15 minutos para un autobús de ruta fija de Metro? Sí No

En caso negativo, explique: _____

20. ¿Puede subir tres escalones de 11 pulgadas o encontrar un asiento solo sin la ayuda de otra persona?

Sí No

En caso negativo, explique: _____

21. Para comprender mejor sus necesidades, enumere los tres viajes que realizará con más frecuencia usando paratransito. Por favor, indique el origen del viaje y el destino y el número de viajes a ese destino cada semana.

1. De: _____ Hacia: _____

Nº de viajes por semana: _____

2. De: _____ Hacia: _____

Nº de viajes por semana: _____

3. De: _____ Hacia: _____

Nº de viajes por semana: _____

FORMULARIO DE ACUERDO DEL SOLICITANTE

Entiendo que el propósito de este formulario de solicitud es determinar si yo, el solicitante, soy elegible para usar el servicio de paratransito de la ADA de acuerdo con las pautas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Entiendo que esta solicitud no se puede procesar si no está completa. Entiendo que el coordinador de Metro McAllen Paratransit (MMP) puede comunicarse con mi profesional/agencia de atención médica para verificar mi discapacidad. Entiendo que el Coordinador de MMP puede necesitar hablar conmigo o verme en una fecha posterior para aclarar u obtener más información.

Acepto notificar a Metro McAllen Paratransit al (956) 681-3535 si ya no necesito paratransito por cualquier motivo, incluido un cambio en mi capacidad para usar el servicio de autobús. También entiendo que el incumplimiento de las políticas y procedimientos para usar paratransito puede ser motivo para suspender o revocar mi elegibilidad para participar en este programa.

Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial; solo la información requerida será revelada a quienes realicen esos servicios.

Entiendo que el proceso de solicitud puede tardar hasta 21 días desde el momento en que MMP recibe una solicitud completa. Si mi solicitud es devuelta para aclaración o información adicional, esto puede retrasar el proceso. Recibiré notificación de la determinación de esta solicitud. Si soy elegible para este servicio de forma permanente, temporal o condicional, se me entregará un Manual de Políticas y Procedimientos de MMP junto con una credencial de identificación de MMP.

Entiendo que puedo apelar la determinación dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la notificación por escrito si se determina que no soy elegible para el servicio de MMP o si no estoy satisfecho con mi tipo de elegibilidad.

Entiendo que, si el coordinador de MMP recibe nueva información sobre un cambio en mi capacidad funcional o cognitiva, mi estado de elegibilidad puede ser revisado y cambiado. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación y que la tergiversación de cualquier información material conducirá a la revocación de mi certificación. Entiendo que una declaración falsa hecha en este documento puede provocar el rechazo de mi solicitud para el servicio de Paratransito.

Firma/marca del solicitante

Fecha

Tutor o persona que asiste con esta solicitud

Fecha

Relación con el solicitante

TENGA EN CUENTA QUE ESTA SOLICITUD PUEDE TARDAR HASTA 21 DÍAS EN PROCESARSE

Las solicitudes incompletas pueden retrasar el proceso.

**PARTE V: AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
(DEBE SER COMPLETADO POR EL SOLICITANTE)**

La verificación de discapacidad por parte de un profesional calificado no garantiza la elegibilidad para el transporte de paratransito, pero puede desempeñar un papel importante en el proceso de determinación de elegibilidad. Si bien no se requiere la verificación por parte de un médico, es importante que cualquier profesional que verifique la discapacidad de un individuo esté familiarizado no solo con la discapacidad particular de esa persona, sino también con su capacidad o incapacidad para viajar en el sistema de ruta fija de MMP.

Declaración de liberación

Yo, el abajo firmante, entiendo que la información médica solicitada es confidencial y no será compartida con ninguna otra persona o agencia, con la posible excepción de otro proveedor de tránsito o programa de transporte para facilitar el viaje. Autorizo la divulgación de todos y cada uno de los registros y/o información médica por parte de los profesionales enumerados a continuación a MMP con el propósito expreso de determinar mi elegibilidad para el transporte de paratransito.

Profesionales Calificados

Nota: Solo los siguientes profesionales están autorizados para verificar su discapacidad: médico de familia, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, especialista en orientación y movilidad, terapeuta, especialista en rehabilitación, trabajador social con licencia, enfermera registrada, oftalmólogo, psiquiatra, psicólogo y administrador de casos.

Firma del solicitante

Fecha

Applicant's Name: _____

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

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"/>

PROFESSIONAL CERTIFICATION

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 means comparable transportation service required by the Americans with Disabilities Act (ADA) for individuals with disabilities who are unable to use fixed route transportation systems. To fulfill this requirement, the City of McAllen operates Metro McAllen Paratransit (MMP), a reservation-required, shared-ride public transportation service.

Transportation is origin-to-destination. Assistance between the door of the starting point or destination and the paratransit vehicle will be provided if requested, in advance if possible. To provide assistance, drivers may not leave their vehicles unattended for a lengthy period of time, nor lose sight of the vehicle. Assistance is always provided to help board and exit vehicles.

Provisions of ADA require that service "mirror" the standard Metro McAllen fixed route service in terms of areas and available times. Service will be provided only if both the starting point and the destination of a trip are located not more than 3/4 of a mile from a Metro McAllen fixed route. Paratransit transportation is provided only during hours when the fixed routes are 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?

- ____ Yes ____ No ____ Sometimes

Safely and effectively travel through a crowded area?

- ____ Yes ____ No ____ Sometimes

Deal with unexpected situations or changes in routine?

- ____ Yes ____ No ____ Sometimes

Be aware of safety issues when traveling alone?

- ____ Yes ____ No ____ 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