

# APLICACIÓN DE SERVICIO DE PARATRÁNSITO

## DEL DISTRITO DE TRÁNSITO DE LA COSTA DEL GOLFO

Por favor, complete esta solicitud a fondo y lo mejor que pueda. Si tiene preguntas que no entiende, llame a GCTD al (800) 266-2320 para obtener ayuda antes de devolver este formulario. Para que se considere completa, todas las preguntas de la solicitud deben ser respondidas.

El propósito de la solicitud es brindarle la oportunidad de describir las limitaciones que puede tener que le impiden utilizar el servicio de autobús de ruta fija GCTD. Cuanta más información proporciones, mejor GCTD comprenderá tu capacidad.

Es responsabilidad del individuo hacer que su profesional de la salud certificador complete la última página de este formulario, así como escribir una carta en papel membretado, confirmando las discapacidades.

(Toda la información es confidencial)

### INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre: Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido (Sr./Sra./Sra.)					
Fecha de nacimiento					
Número de teléfono	Hogar				
	Celda Trabajo				
	Social Seguridad				
Dirección					
	Ciudad		Estado		Cremallera

### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre					
Relación con el solicitante					
Número de teléfono	Hogar				
	Celda				
	Trabajo				
Dirección					
	Ciudad		Estado		Cremallera

## TU OPINIÓN SOBRE EL SERVICIO DE AUTOBUSES

Lea las siguientes declaraciones y encierre en un círculo la que mejor describa lo que cree que es su capacidad para usar el servicio de autobús de ruta fija GCTD por sí mismo.

Encierra en un círculo solo uno:

1. No creo que pueda viajar en el autobús de forma independiente.
2. Realmente no estoy seguro de si puedo viajar en el autobús.
3. Puedo viajar en el autobús solo a veces, si las condiciones son las adecuadas.
4. Uso el autobús con frecuencia.

Nos gustaría entender sus razones para utilizar el servicio GCTD Paratransit en lugar del servicio de autobús de ruta fija. Lea las siguientes declaraciones y encierre en un círculo la carta que mejor describa cuán importante es cada uno de estos factores para su decisión.

A = Muy importante	B = No importante	C = No estoy seguro
--------------------	-------------------	---------------------

Miedo a la delincuencia	Un	B	C
Cómo es el clima	Un	B	C
Si tengo paquetes para llevar	Un	B	C
Subir y bajar del autobús	Un	B	C
Cómo llegar y salir de la parada de autobús	Un	B	C
Otro:	Un	B	C
Otro:	Un	B	C

Indique el factor anterior que es más importante para su decisión.

---

## SOBRE USTED

Cuéntanos sobre tu discapacidad.			
¿Es una condición temporal?	Sí	No	No sé
	Si es así, ¿por cuánto tiempo?		
¿Utilizas alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)			
Silla de ruedas manual	Silla de ruedas eléctrica	Scooter eléctrico	Muletas/Andador
Caña	Animal de servicio	Asistente de cuidado personal	Otro:
Si usa un scooter o silla de ruedas, ¿cuál es el scooter o silla de ruedas?			
Ancho		Largura	
Hacer		Peso	
¿Eres capaz de operar la ayuda por tu cuenta?		Sí	No

## INFORMACIÓN SOBRE SU USO ACTUAL DE GCTD

¿Utilizas actualmente el servicio de autobús de ruta fija GCTD?	Sí		NO	
¿Cuándo fue la últimavez que utilizaste el servicio de ruta fija GCTD?				
¿Dónde está la parada de autobús más cercana a su residencia?				
¿Puedes llegar a esta parada por ti mismo?	Sí	No	A veces	No sé
Si no es así, ¿por qué no?				

## TU CAPACIDAD FUNCIONAL

Sus respuestas a las preguntas de esta sección nos ayudarán a comprender mejor su capacidad funcional en áreas específicas. Para cada pregunta, encierra en un círculo una respuesta. Su respuesta debe basarse en cómo se siente la mayor parte del tiempo, en circunstancias normales, y si puede realizar esta actividad de forma independiente.

¿Puedes subir y bajar tres escalones de 12 pulgadas?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Usar el teléfono para obtener información?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Caminar una cuadra en un clima favorable?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
Si eres capaz de hacer esto, ¿cuánto tiempo te lleva?	0-5 minutos	5-10 minutos	10+ minutos	No sé
¿Cruzar la calle si hay cortes en la acera?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Subir y bajar en un elevador para sillas de ruedas?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Caminar 6 cuadras en clima favorable?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
Si eres capaz de hacer esto, ¿cuánto tiempo te lleva?	0-10 minutos	10-20 minutos	20+ minutos	No sé
¿Esperar hasta 20 minutos en una parada de autobús que no tiene asiento o refugio?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Viajar cuesta arriba o abajo gradual?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Encuentra tu propio camino a una parada de autobús, si se muestra el camino una vez?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
¿Viaja solo?	Siempre	A veces	Nunca	No sé

Si necesitas la ayuda de otra persona, ¿qué hacen por ti?			
¿Barreras en su entorno que dificultan el recorrido por la ruta fija?	Falta de cortes en la acera	Falta de aceras	Colinas u otros terrenos
	Cruces peatonales concurridos	Malas condiciones de las aceras	Otro
Si es otro, explique			

#### CONSIDERACIONES METEOROLÓGICAS Y MEDIOAMBIENTALES

Las siguientes preguntas tratan sobre cómo los factores ambientales afectan su capacidad para usar servicios de ruta fija o paratransito.

¿El clima afecta su capacidad para usar el servicio de ruta fija?	Siempre	A veces	Nunca	No sé
Explicar				
¿Cuántos escalones hay en la entrada de su residencia?				
¿Se puede llegar al vehículo Paratransit sin la ayuda de otra persona?			Sí	No
Si no, ¿por qué no?				
Por favor, describa el terreno cerca de su residencia.				
¿Hay aceras en su vecindario?		Sí	No	



¿Necesitó ayuda para completar este formulario?	Sí	No
En caso afirmativo, ¿cómo le ayudó?		
Por la presente certifico que la información anterior es correcta.		
Firma del solicitante		
Fecha		
Nombre		
Relación		
Número de teléfono		
Dirección		

SOLO PARA USO DE OFFICE			
Fecha de recepción		Fecha de aprobación	

## PERMISO DEL GCTD PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Esto le da permiso a GCTD para pedirle a su profesional de la salud información sobre su discapacidad.

Para permitir que GCTD Paratransit Service evalúe su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con un profesional de la salud para confirmar la información que proporcionó. Identifique al profesional de la salud más capaz de verificar su capacidad funcional para utilizar el servicio de tránsito. Identifique al funcionario físico u otro funcionario que tendría la especialización adecuada para proporcionar más información sobre su condición. GCTD no utilizará ninguna información en esta aplicación, excepto con el fin de determinar la elegibilidad.

Encierre en un círculo una de las siguientes opciones para describir mejor a su profesional de la salud		
Consejero de rehabilitación	Profesional de Servicios Sociales	Consejero de Vida Independiente
Terapeuta Ocupacional	Médico	Otro profesional de la salud

Nombre del profesional						
Número de teléfono						
Dirección						
	Ciudad		C		.ZIP	

El profesional de la salud anterior está familiarizado con mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información a GCTD según sea necesario para completar esta solicitud.

Firma del solicitante	
Fecha	

Por favor envíe la Solicitud de Servicio de Paratrásito completa a:

Distrito de Tránsito de la Costa del Golfo  
 1415 33<sup>rd</sup> St. N.  
 77590, Texas City, Texas

O por correo electrónico a:  
 customerservice@gulfcoasttransitdist  
 rict. .com

## SERVICIO DE PARATRÁNSITO GCTD

Haga que su médico o profesional de la salud complete lo siguiente en su totalidad.

Estimado médico o profesional de la salud certificado:

Estamos solicitando su asistencia para que podamos determinar si el solicitante abajo firmante es elegible para GCTD ADA Paratransit Services. El Servicio de Paratrásito es un servicio a pedido de origen a destino para personas cuya discapacidad les impide usar el sistema local de autobuses GCTD de ruta fija porque un pasajero es:

\*\*Incapaz, sin la ayuda de otra persona, de abordar, viajar o desembarcar de un autobús local accesible de GCTD . Esto incluye a las personas que, debido a un impedimento, no pueden navegar por el sistema.

\*\* Impedido de ir y venir de la parada de autobús, debido a una condición de discapacidad.

Por favor, dictamine si el solicitante, en su opinión profesional, puede o no acceder a un autobús accesible debido a una discapacidad. Hemos proporcionado el espacio a continuación para que describa en términos sencillos la discapacidad de un solicitante y cómo impide el uso del sistema de autobuses de ruta fija. La información detallada ayudará a GCTD a tomar una determinación de elegibilidad adecuada.

Gracias

*Distrito de Tránsito de la Costa del Golfo*

**IMPORTANTE: FIRME LA SOLICITUD A CONTINUACIÓN Y PROPORCIONE UNA FIRMA ADICIONAL EN SU MEMBRETE PROFESIONAL O NOTA DE PRESCRIPCIÓN PARA AYUDARNOS A PREVENIR SOLICITUDES FRAUDULENTAS. LA SOLICITUD NO SE PUEDE PROCESAR SIN TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA Y AMBAS FIRMAS.**

<b>Nombre del paciente/cliente</b>				
<b>¿Cómo impide la condición médica el uso del autobús local de ruta fija?</b>				
<b>¿Es esta discapacidad:</b>	<b>Permanente</b>	<b>Temporal</b>	<b>Si es temporal, especifique cuántos meses</b>	
<b>¿Utiliza el solicitante alguna de las siguientes ayudas para la movilidad?</b>				
<b>Silla de ruedas manual</b>	<b>Silla de ruedas eléctrica</b>	<b>Caña</b>	<b>Guía/Animal de servicio</b>	<b>Otro (especifíquese)</b>
<b>Muletas</b>	<b>Scooter motorizado</b>	<b>Caminante</b>	<b>Asistente de cuidado personal</b>	

<b>Nombre</b>		<b>Número de teléfono</b>	
<b>Firma</b>		<b>Fecha</b>	