



## **FAVOR DE LEER ANTES DE LLENAR LA APLICACIÓN**

El objetivo de **Easy Lift Transportation** es de ofrecer un seguro, eficiente, y servicio de paratransito en el sur del condado de Santa Bárbara. Para lograr esto hay reglas y regulaciones que uno tiene que adherir. El propósito es para hacer todo correr efectivamente. Nosotros hacemos lo posible para complacer a todos y ofrecer la más grande cantidad de paseos. Actualmente ofrecemos 180 a 240 paseos por día con nuestra flota 18 vehículos. El demande continua a crecer, y a \$3.50 por paseo es entendible. Sin embargo, **NOSOTROS NO SOMOS UN SERVICIO DE TAXI**. Somos un servicio especial para gente con necesidades especiales que no pueden usar el sistema de autobús de la ciudad MTD. El servicio requiere trabajo de grupo y cooperación, y tenemos que trabajar mano a mano con nuestros pasajeros. Juntos con su paciencia y apoyo vamos a lograr estas metas.

### **Quien puede usar el servicio paratransito Easy Lift?**

La ley indica los siguientes factores que tienen que ser considerados para determinar elegibilidad:

- La incapacidad de el o ella le previene de ir y venir a la parada de autobús mas cercana
- Puede el individual usar su pase o comprar un pasaje para autobús sin ayuda
- Puede el individual reconocer su destinación y poder bajarse del autobús
- Si el viaje requiere cambios de autobús, pudiera el individual saber cuando bajarse y donde agarrar el siguiente autobús
- La habilidad del individuo para usar el autobús MTD es afectada por las barreras del ambiente o la arquitectura que impiden el camino de su viaje. (por ejemplo. Suma de colinas, no hay aceras, calles con tope, la falta de cualquier señal de la audiofrecuencia que indica que esta seguro cruzar la calle etc.)

### **Que constituye una incapacidad**

El ADA define una incapacidad como un impedimento físico, visual, o mental que substancialmente limita una o mas de las mayores actividades de un individuo. Actividades incluyen cuidándose a si mismo, realizar las tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender, y trabajar.

### **Como aplico?**

Si usted cree que es elegible, llene la Aplicación de la Elegibilidad del ADA Paratransito siguiente y envíela de regreso. Usted esta requerido a llenar la aplicación y describir su incapacidad o condición que le previene usar el sistema MTD. Su incapacidad o condición tiene que pasar los requisitos del ADA para certificación. Cuando Easy Lift reciba su aplicación completa, será evaluada y elegibilidad va hacer determinada depende en la habilidad de usar MTD. El que evalué su aplicación puede requerir más información, come un teléfono o una entrevista en persona con usted, al igual que una medical/profesional verificación escrita.



## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA APLICACIÓN

**Toda información permanecerá confidencial  
Favor de llenar en tinta negra o azul**

Todas las preguntas en esta aplicación tienen que ser contestadas completamente. Puede llenar esta forma usted mismo(a) o puede tener a alguien quien la conozca y conoce su condición ayudarle.

Cuando la aplicación este completa, favor de enviarla a:

Easy Lift Transportation  
53 Cass Place, Suite D  
Santa Barbara, CA 93117

**Entre 21 días de recibir su aplicación completa, usted va hacer notificado(a) sobre la posición de su aplicación.**

Si usted no recibe notificación de nuestra decisión durante 21 días de haber recibido su aplicación completa, usted puede pedir y recibir servicios paratrasito hasta que la decisión este hecha.

Si usted se encuentra elegible para el servicio ADA<sup>1</sup>, usted va a recibir una orientación en como usar el servicio de Easy Lift.

Si usted no se encuentra elegible para nuestro servicio y no esta de acuerdo con nuestra recomendación, usted puede apelar la decisión. Si pide información del proceso de cómo apelar la decisión esos pueden ser enviados a usted.

Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación, puede hablarnos al (805) 681-1181 y pedir hablar con Chanay Burns o Dan Rodríguez

---

<sup>1</sup> Americans with Disabilities Act of 1990

## Sección 1

### Aplicación de elegibilidad para el servicio paratransito

*De ser completada por el aplicante o asistente  
Favor de escribir a maquina o a mano la siguiente información*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  M  F  
Dirección: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Complejo: \_\_\_\_\_  
Teléfono (día): \_\_\_\_\_ Teléfono (noche) #: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

*Favor de dar el nombre de un amigo o familiar **Local** por cualquier emergencia*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono (día): \_\_\_\_\_ Teléfono (noche): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

*TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y NO VA SER REVELADO A OTROS*

**(Preguntas 1, 2, y 3 son solicitadas por nuestra financiación de fuentes y NO determina su elegibilidad para el servicio paratransito ADA de Easy Lift)**

1. Que lenguajes habla?

Ingles  Español  Otro \_\_\_\_\_

2. Cual es su origen étnico?  Latino Americano  Indio Americano

Blanco  Americano Africano  Americano Asiático  Otro

3. Cual es su ingreso anual?

\$0 - \$10,000  \$10,001 - \$43,000  \$43,001 and over

4. Cual es su condición de salud o incapacidad que previene que usted use la transportación publica? \_\_\_\_\_

5. Su condición es?  Temporal  Permanente

6. Quisiera usted que su ayudante valla con usted sin ningún cargo?  Si  No

7. Cuales de las siguientes movilidades usa, si alguna?

Muletas  Silla de Rueda eléctrica  Animal de servicio/guía  
 Baston  Silla electrica  oxígeno portátil  
 Walker  Silla de Rueda manual  Otro  Ninguno

**Por favor Note:** Una silla de rueda u otro servicio de movilidad tienen que poder caber en nuestros ascensores en los autobuses. Esto significa que no pueden ser más grandes que 30" de ancho y 48" de largo cuando sean medidos de 2" del piso y pesar menos de 600 libras cuando ocupadas.

## Sección 2

### INFORMACION SOBRE SUS HABILIDADES FUNCIONALES

Favor de contestar las siguientes preguntas con detalle – sus respuestas específicas sobre las preguntas nos ayudaran en determinar su elegibilidad. Todas las respuestas que exigen explicación **Tienen que ser completadas.**

1. Su incapacidad le previene a usted de ir y venir de la parada de autobús?

Si  No (Por Favor explique) \_\_\_\_\_

2. Puede usted esperar en la parada del autobús por 15 minutos?

Si  No (Por favor explique) \_\_\_\_\_

3. Si puede llegar a la parada de autobús puede usted subir y bajar del autobús sin ayuda?

Si  No (Por favor explique) \_\_\_\_\_

4. Puede usted comprar un pase o boleto de autobús sin ayuda?

Si  No (Por favor explique) \_\_\_\_\_

5. Puede usted reconocer, sin ayuda, la parada de autobús donde se tiene que bajar?

Si  No (Por favor explique) \_\_\_\_\_

6. Si el viaje requiere cambios de autobús, sabría usted donde bajarse y agarrar el siguiente autobús?

Si  No (Por favor explique) \_\_\_\_\_

7. Hay paredes, barreras o obstáculos que bloquean el camino a la parada mas cercana?

Si  No (Por favor explique) \_\_\_\_\_

---

## Sección 3

### INSTRUCCIÓN DE MOBILIDAD

1. Ha tenido usted un tipo de clase o instrucción para aprender como usar el transporte publico?

Si  No (Si ha tenido, donde y cuando la recibió, y si la completo?)

(Por favor explique) \_\_\_\_\_

---

**2. Instrucción de viaje y movilidad gratis** es instrucción personal que le enseña al individual como usar las rutas de autobús de MTD. Quisiera usted comunicarse con el coordinador de la movilidad de Easy Lift?

Si  No

## Section 4

**CERTIFICACION DEL APLICANTE**

- Yo certifico que, para lo mejor de mi conocimiento, la información dada en esta aplicación es correcta.
- Yo entiendo que esta aplicación va hacer regresada si no esta completada.
- Yo entiendo que los resultados del repaso de mi aplicación serán basados en mi habilidad de usar la transportación publica y puede requerir información adicional mía, como un teléfono o entrevista personal o una consulta adicional con mi medico u otro profesional.
- Yo estoy de acuerdo en notificar a Easy Lift Transportation, Inc. si ya no voy a necesitar el servicio ADA paratransito.
- Entiendo aun mas que mi aprobación de elegibilidad para ADA Paratransito puede ser revalorada o revocada en cualquier momento, si elegibilidad fue otorgada basado con información que ha sido encontrada inexacta, falsa, o que ha cambiado significadamente bastante para autorizar un cambio en categoría.

• **Firma del aplicante** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

***Si alguien que no sea el aplicante completa esta aplicación, su información tiene que ser proporcionada.***

Nombre de la persona completando o asistiendo con la aplicación (*favor de imprimir*)

\_\_\_\_\_

Relación con el Aplicante: \_\_\_\_\_

**Firma del Asistente:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Teléfono (día): (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono (noche): (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_

## Sección 5

### VERIFICACION MEDICA PROFESIONAL

Para que Easy Lift evalúe su orden para elegibilidad, puede ser útil que nosotros contactemos a un profesional que es familiar con su condición de salud o incapacidad y habilidades funcionales y limitaciones. Favor de poner dos profesionales que podamos contactar si necesitamos información adicional.

Ejemplos de profesionales: Medico (M.D. or D.O.), terapeuta físico, terapeuta ocupacional, instructor de orientación y movilidad, especialista de vivienda independiente, especialista de rehabilitación, trabajadora social, enfermera registrada, oftalmólogo, psiquiátrico, psicólogo, o director de caso.

1. Nombre del Profesional \_\_\_\_\_ Tipo de profesión \_\_\_\_\_

Agencia del Profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre del Profesional \_\_\_\_\_ Tipo de profesión \_\_\_\_\_

Agencia del Profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### **AUTORIZACION PARA LIBERACION DE INFORMACION**

Yo autorizo a los profesionales listados que liberen información sobre mi incapacidad o condición de salud y el afecto para mi habilidad de viajar en MTD a Easy Lift Transportation, Inc. Yo entiendo que yo puede revocar esta autorización a cualquier momento. A menos que revoque antes, esta forma va ha permitir al profesional listado que libere la información descrita hasta 90 días del día en que firme esta aplicación.

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

**(Firma del aplicante, Persona responsable, o el guardián legal)**

Relación al aplicante \_\_\_\_\_

Teléfono (día): \_\_\_\_\_ Teléfono (noche): \_\_\_\_\_