



FAVOR DE LEER ANTES DE LLENAR LA APLICACIÓN

El objetivo de **Easy Lift Transportation** es de ofrecer un servicio de para-transito seguro y eficiente en el sur del condado de Santa Bárbara. Para lograr esto hay reglas y regulaciones que uno tiene que adherir. Nosotros hacemos lo posible para complacer a todos y ofrecer la más grande cantidad de paseos. Aun así, la demanda en nuestro servicio continua creciendo. 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, con trabajo continuo junto a nuestros pasajeros. Juntos con su paciencia y apoyo vamos a lograr estas metas.

¿Quien puede usar el servicio de Easy Lift?

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

- La incapacidad de el o ella le previene de ir y venir a la parada de autobús mas cercana
- ¿Puede el individuo usar su pase de autobús o comprar un pasaje para autobús sin ayuda?
- ¿Puede el individuo reconocer su destino y puede bajarse del autobús?
- Si el viaje requiere cambios de autobús, ¿podiera el individuo reconocer su bajada y en donde tomar el siguiente autobús?
- ¿Hay barreras en el medio ambiente/la arquitectura que le prevengan al individuo poder llegar a la parada de autobús más cercana? (por ejemplo: calles muy empinadas, calles sin banquetas, la falta de cualquier señal de la audiodfrecuencia 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 más de las mayores actividades de un individuo. Actividades incluyen cuidándose a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender, y trabajar.

¿Cómo aplico?

Si usted cree que es elegible, llene la **Aplicación de la Elegibilidad del ADA Paratransito** y envíela de regreso. Es requerido que usted llene la aplicación y relate la condición que le previene usar el sistema MTD. Cuando Easy Lift reciba una aplicación completa, será evaluada y su elegibilidad se determinara dependiendo en su habilidad de usar MTD. La persona que evalué su aplicación puede requerir más información, como un teléfono o una entrevista en persona con usted, al igual que una verificación escrita de un médico o un profesional.



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. Usted mismo(a) o alguien que conozca su condición pueden llenar esta forma.

Cuando la aplicación este completa, favor de enviarla a:

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

Dentro de 21 días de haber recibido su aplicación completa, usted va a ser notificado(a) sobre la situación 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 ADA¹, 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. Información sobre el proceso de apelar será mandada si usted lo pide.

Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación, puede hablarnos al (805) 845-8963.

¹ Americans with Disabilities Act of 1990

Sección 1

ADA Paratransit - Aplicación de Elegibilidad

Debe ser completada por el solicitante o su asistente

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M F

Dirección: _____ Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Complejo: _____

Si su residencia está en una comunidad cerrada, favor de proveer el código: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____ Celular: _____

Email: _____

Dirección Postal: (Si es diferente a la anterior) _____

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

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____ Celular: _____

Email: _____

TODA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y NO SERA COMPARTIDA CON OTROS

(Preguntas 1, 2 y 3 son solicitadas por nuestras fuentes de financiamiento y NO determina su elegibilidad para el servicio de ADA Paratransit)

1. ¿Qué lenguajes habla? Ingles Español Otro _____

2. ¿Cuál es su origen étnico?

Latino Americano Indio Americano Americano Asiático
 Blanco Americano Africano Otro

3. ¿Cuál es su ingreso anual? \$0 - \$10,000 \$10,001 - \$43,000 \$43,001+

4. ¿A usted servido en el ejército de los Estados Unidos? Si No

5. Por favor indique como desearía recibir material escrito en el futuro.

Imprenta Regular Imprenta grande Audio Braille Español
 Email: _____

6. ¿Cuál es su condición de salud o incapacidad que previene que usted use la transportación pública? _____

7. Su condición es: Temporal Permanente

¿Si es temporal, cuanto tiempo necesita de nuestros servicios? _____

8. ¿Necesita traer a un asistente que le ayude cuando viaje? Si, siempre Si, a veces No

9. ¿Usted puede viajar solo y ser dejado solo? Si No

10. Por favor indique el nombre y el número de teléfono de la persona responsable de reservar transportación _____

11. ¿Cuáles de las siguientes moviidades usa, si alguna?

- Muletas Silla de Rueda eléctrica Animal de servicio/guía
 Bastón Silla de Rueda manual Otro _____
 Walker Oxígeno Portátil Ninguno

12. Usted y su silla de rueda tienen un peso combinado de más de 600lbs?* Si No

***Por favor Note:** Una silla de rueda u otro servicio de movilidad deben de caber en nuestros ascensores de autobuses. Es recomendable que cuando su silla se mida 2" del piso no sea más grande de 30" de ancho, 48" de largo y que pese menos de 600 libras cuando este ocupada.

Sección 2

INFORMACIÓN SOBRE SUS HABILIDADES FUNCIONALES

Sin la ayuda de alguien más, usted puede....

	Siempre	Aveces	Nunca	No Se
1. ¿Pedir y entender instrucciones escritas o verbales?				
2. ¿Puede cruzar la calle?				
3. ¿Puede permanecer parado por 15 minutos si no hay un lugar en donde sentarse?				
4. ¿Puede subir y bajar de la banqueta?				
5. ¿Usted sabe regresar a la parada de autobús si alguien le enseña donde esta una o dos veces?				
6. ¿Puede subir y bajar tres (3) escalones si hay un pasamanos?				
7. ¿Puede subir y bajar un tramo de escalones si hay un pasamanos?				
8. ¿Si hay una pasamanos presente, puede usted mantenerse parado en un autobús que está en movimiento?				
9. ¿Si el viaje requiere cambios de autobús, sabría usted donde bajarse y tomar el siguiente autobús?				
10. ¿Hay paredes, barreras u obstáculos que bloquean el camino a la parada más cercana?				

11. ¿Bajo las mejores condiciones, cual es lo más lejos que usted puede caminar (con su aparato de movilidad) sin la ayuda de otros?

- Menos de 1 cuadra 1 cuadra 2 cuadras (1/4 milla) 4 cuadras (1/2 milla)
 6 cuadras (3/4 milla) Mas de 6 cuadras Yo no puedo caminar afuera, nunca

12. ¿Hay alguna otra cosa que nos gustaría decir sobre su condición de salud para nosotros poder entender mejor?

Sección 3

INFORMACIÓN SOBRE SUS HABILIDADES DE USAR TRANSPORTE PÚBLICO

Favor de leer los siguientes y seleccionar los que mejor describan su habilidad de usar el transporte público de MTD sin asistencia. Puede seleccionar más de uno.

- Puedo usar el autobús público para algunos viajes, pero no todos porque hay barreras que me impiden llegar a la parada del autobús.
- Uso el transporte público con frecuencia.
- Se me dificulta comprender y recordar todo lo que tengo que hacer para llegar a la parada del autobús
- Creo que puedo aprender a usar el autobús si alguien me enseña.
- Se me dificulta/no puedo subir escaleras y solamente puedo subir el autobús si tiene ascensor.
- Tengo una discapacidad visual que me previene llegar a la parada de autobús aun con entrenamiento.
- La gravedad de mi condición puede cambiar de un día para otro. Solamente puedo usar el autobús cuando me siento bien.
- Nunca puedo usar el autobús sola/o.
- Puedo ir y llegar al autobús si no está muy lejos y si no hay barreras en el camino.
- No puedo usar el bus por otras razones.

Viajes Actuales

Favor de decirnos sus viajes más frecuentes y como usted llega actualmente.

Dirección de destino	Frecuencia de viajes	Forma de llegar
1. _____	Diario Semanal Mensual	_____
2. _____	Diario Semanal Mensual	_____
3. _____	Diario Semanal Mensual	_____

Sección 4

INSTRUCCIÓN DE MOBILIDAD

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

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

(Por favor explique) _____

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

Si No

Sección 5

CERTIFICACION DEL APLICANTE

- Yo, certifico que, de acuerdo a mi mejor conocimiento, la información dada en esta aplicación es correcta.
- Yo entiendo que esta aplicación va a ser devuelta si no está completada.
- Yo entiendo que los resultados del repaso de mi aplicación serán basados en mi habilidad de usar la transportación pública 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 basada en información que ha sido encontrada inexacta, falsa, o que ha cambiado de forma significada 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

Relación al Solicitante: _____

Firma del Asistente: _____ **Fecha** _____

Teléfono (día): (____) ____ - _____ Teléfono (noche): (____) ____ - _____

Sección 6

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 un profesional 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.

Nombre del Profesional _____ Tipo de profesión _____

Agencia del Profesional _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Teléfono _____

Email _____

AUTORIZACIÓN PARA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

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 puedo revocar esta autorización a cualquier momento. A menos que revoque antes, esta forma va a permitir al profesional listado que libere la información descrita hasta 90 días del día en que firme esta aplicación.

Firma: _____ Fecha: _____

(Firma del solicitante, persona responsable, o el guardián legal)

Relación al solicitante _____

Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____