

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

Querido solicitante,

El servicio de paratransito ADA de METRA, "Dial-A-Ride", brinda transporte público de origen a destino a personas elegibles cuyas discapacidades les impiden usar el autobús de ruta fija para algunos o todos los viajes.

La aplicación de servicio Dial-A-Ride consta de dos partes. La parte A es información para el pasajero. La Parte B es para verificación médica. Esta aplicación está disponible en formatos alternativos previa solicitud. Para que se procesen las solicitudes, la Parte B de esta certificación debe ser completada por un profesional de atención médica autorizado que esté más familiarizado con la discapacidad del solicitante. Un profesional de atención médica puede incluir, entre otros: médico, enfermero registrado, consejero de salud mental y especialista en movilidad. Devuelva las solicitudes completas (Partes A y B) a METRA.

METRA revisará las solicitudes para verificar que estén completas y se comunicará con los solicitantes si la solicitud está incompleta. Al recibir la información completa, METRA se comunicará con los solicitantes con el estado de su solicitud. METRA determinará la elegibilidad para Dial-A-Ride **dentro de los veintiún (21) días calendario** y comunicará sus determinaciones por escrito. Si la revisión demora más, METRA otorgará elegibilidad provisional.

De acuerdo con los requisitos de la ADA, METRA ofrece a los solicitantes el derecho de apelar cualquier denegación o limitación de elegibilidad. La carta que documenta la determinación de elegibilidad explica estos derechos y describe el proceso. Las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante con una explicación de la información faltante. METRA determinará la elegibilidad dentro de los veintiún (21) días calendario posteriores a la recepción de la solicitud completa (Parte A) y la verificación profesional (Parte B).

Si se aprueba, se le notificará y se le podrá otorgar elegibilidad por un período de 6 meses a 3 años, dependiendo de sus necesidades de transporte por discapacidad. Si su solicitud no es aprobada, METRA le enviará una declaración que describe su inelegibilidad y cómo apelar.

Agradecemos su cooperación y si tiene alguna pregunta o inquietud, puede llamar al (706) 225-4596 de lunes a viernes de 8 am a 4:30 pm.

Atentamente,

Ena Rivera

Ena Rivera
Coordinador ADA
Sistema de tránsito METRA

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

El servicio de paratransito ADA de METRA, "Dial-A-Ride", brinda transporte público de origen a destino a personas elegibles cuyas discapacidades les impiden usar el autobús de ruta fija para algunos o todos los viajes. Es un servicio de viaje compartido que puede incluir a otros pasajeros elegibles.

Las personas con discapacidades que les impiden viajar hacia o desde las paradas de autobús o viajar en el servicio de autobús de ruta fija pueden ser elegibles para Dial-A-Ride. Los pasajeros que a veces pueden usar el autobús de ruta fija pueden ser considerados elegibles para aquellos viajes que no pueden realizar en autobús debido a su discapacidad.

La elegibilidad para Dial-A-Ride se basa en los criterios definidos en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Para ser considerado elegible para Dial-A-Ride, una persona debe no poder realizar una o más de las siguientes tareas de forma independiente debido a su discapacidad:

- A. Suba, viaje o desembarque de autobuses accesibles de ruta fija
- B. Navegar por el sistema de autobuses de ruta fija
- C. Viajar hacia y desde paradas y estaciones de autobús

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

Proceso de determinación y revisión de elegibilidad

METRA primero revisa las solicitudes para verificar que estén completas (Partes A y B) y devuelve las solicitudes incompletas con una explicación de qué información se necesita. Al recibir una solicitud completa, METRA se comunicará con el solicitante o su representante para informarle sobre el estado de la solicitud. Hay transporte gratuito disponible hacia y desde las citas de la entrevista. METRA también puede consultar con el profesional de atención médica que completó la Parte B.

METRA determinará la elegibilidad dentro de los veintiún (21) días posteriores a la recepción de la solicitud completa y la verificación profesional. Si se aprueba, se notificará al solicitante y se le otorgará la elegibilidad por un período de hasta tres (3) años. A los solicitantes elegibles se les solicitará que programen una cita para recibir su tarjeta de identificación con fotografía y se les entregarán materiales que expliquen las reglas y regulaciones que rigen el servicio. Una vez que la certificación haya expirado, METRA solicitará a los solicitantes que vuelvan a solicitar la certificación.

Si no se aprueba una solicitud, METRA enviará una declaración por escrito, incluyendo el motivo de la no elegibilidad y una descripción completa del proceso de apelación.

SISTEMA DE TRÁNSITO METRA INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Tenga en cuenta los siguientes puntos de contacto para
Sistema de tránsito METRA:

Teléfono

Dial-A-Ride/ADA Paratránsito: (706) 225-4596

Centro de transferencia/despacho: (706) 225-4673

Oficina Administrativa: (706) 225-4581

Correo electrónico

Correo electrónico de información de METRA:
metrainfo@columbusga.org

OPCIÓN PARA SOLICITAR DERECHO A APLICAR EN LÍNEA:

El Sistema de Tránsito METRA ahora ofrece la capacidad de solicitar derecho a aplicar en línea. Si está viendo este documento como un PDF, puede solicitar derecho a aplicar en línea haciendo clic en el enlace a continuación:

<https://my.sparelabs.com/metra>

POR FAVOR TENGA EN CUENTA:

- Primero deberá crear una cuenta en METRA Columbus Rider Hub antes de solicitar derecho a aplicar en línea.
- Todas las solicitudes enviadas en línea van a METRA para su revisión.
- Las solicitudes en línea serán tratadas de la misma manera que las solicitudes físicas.
- El proceso de revisión y determinación de elegibilidad será el mismo.

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

**PARTE A:
SOLICITANTE PERFIL**

A ser terminado por el solicitante

Por favor devuelva la solicitud completa al edificio del ministerio:

METRA Transit System
814 Linwood Blvd.
Columbus, Georgia 31902

O correo a:

METRA Transit System
Dial-A-Ride
P.O. Box 1340
Columbus, Georgia 31902

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

PARTE A: A ser terminado por el solicitante o en beneficio de el solicitante.

Solo para uso en la Oficina (Office Use ONLY):

Date Application Turned In: _____

☐ Approved ☐ Denied Date: _____ ID#: _____ Exp: _____

Por favor Controlar Uno:

_____ Inicial

_____ Recertificación de Solicitud

Solicitante: _____ Macho _____ Femenino

Nombre: _____

Dirección: _____ **Apto:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Nombre de la Subdivisión o Apartamento Complejo: _____

Envío Dirección (si diferente): _____

Fecha de nacimiento : _____ / _____ / _____

Teléfono Residencial: (____) _____ **Teléfono de Celular:** (____) _____

Teléfono de Trabajo: (____) _____

Correo electrónico: _____

¿Cuál es su número de contacto preferido?

☐ Hogar ☐ Celular ☐ Trabajo

En el evento de preguntas o preocupaciones, la Oficina puede contactar:

☐ Solicitante ☐ Contacto de Emergencia

Otro ☐ nombre: _____

Relación: _____ **Teléfono:** (____) _____

Contacto de Emergencia del Solicitante (Requerido)

Nombre : _____ Relación : _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: (____) _____ Teléfono de Celular: (____) _____

* Información debe ser actualizado si los hechos pertinentes cambiar es decir número de teléfono o dirección. La información actualizada es fundamental para el servicio de transporte.

1. Describa la discapacidad o condición de salud que le impide utilizar los autobuses METRA parte o todo el tiempo por su cuenta:

Es Su Discapacidad:

☐ Permanente ☐ Temporal ☐ No estoy seguro

Si es temporal, indique cuánto tiempo necesitará el servicio Dial-A-Ride:

☐ 2 meses ☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ Otro

Por favor explique si hay otros:

2. ¿Cómo afecta su discapacidad su capacidad para viajar en el servicio regular de autobús de ruta fija? Por favor sea específico.

3. ¿Qué tan cerca está su residencia de una parada de autobús de METRA?

- ☐ 1 bloque ☐ 2-4 bloques ☐ ¼ de milla ☐ ½ milla o más
- ☐ no lo sé

4. ¿Qué ayudas o equipos de movilidad utiliza?

- ☐ No uso un equipo o ayuda para la movilidad
- ☐ Respirador/Oxígeno Tanque
- ☐ Caminante
- ☐ Tirantes
- ☐ Bastón
- ☐ Oxígeno
- ☐ Bastón Blanco
- ☐ Rampa
- ☐ Muletas
- ☐ Prótesis
- ☐ Scooter
- ☐ Silla de ruedas manual
- ☐ Silla de ruedas motorizada

☐ Animal de Servicio (indique el tipo de animal): _____

¿Qué función cumple el animal?

NOTA: Tenga en cuenta que las rampas de los vehículos METRA Dial-A-Ride tienen una capacidad de 1,000 libras.

5. ¿Viaja con un asistente de cuidado personal?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces

Por favor marque todo lo que corresponda:

- ☐ Ayúdame a llegar a la parada de autobús.
- ☐ Ayúdame a subir o bajar del autobús.
- ☐ Ayúdame mientras viajo en el autobús.
- ☐ Ayuda cuando yo uso paratransito servicio.
- ☐ Ayúdame a llegar a donde voy una vez que me baje del autobús.

Otro: _____

6. Por favor, indique hasta dónde puede viajar sin la ayuda de otra persona.

☐ 1–2 bloques ☐ 3–4 bloques ☐ 5–6 bloques ☐ Ninguno

7. ¿Puedes subir tres (3) escalones con pasamanos, sin ayuda de otra persona?

☐ Sí ☐ No

Si no por favor explique: _____

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

RECONOCIMIENTO

Acepto notificar a METRA sobre cualquier cambio en mi estado de salud y movilidad, que pueda afectar mi elegibilidad para utilizar el servicio.

Reglas y Regulaciones

- 1.** El conductor solo puede esperar cinco minutos para que cualquier pasajero llegue al autobús.
- 2.** Este servicio es sólo de acera a acera. Puerta a puerta está disponible bajo petición.
- 3.** En ningún momento se le permite al conductor entrar a la casa de ningún pasajero y dejar el autobús desatendido.
- 4.** El conductor no puede bajo ninguna circunstancia maniobrar en ninguna atracción sin una rampa para sillas de ruedas.
- 5.** Todos los viajes de pasajeros deben ser aprobados a través de la oficina al menos un día antes del viaje.
- 6.** En ningún momento se permitirá que un conductor lleve a un pasajero a ningún otro destino final que no sea el que está impreso en el horario.
- 7.** Los conductores no son responsables de llevar a un pasajero al interior del consultorio médico.
- 8.** Si un pasajero necesita ayuda, deberá proporcionarle un acompañante.
- 9.** Todos los pasajeros deben programar la hora de su cita, así como la hora del viaje de regreso, al programar una cita, sin excepción. Cualquier persona que no tenga un tiempo de viaje de regreso se considerará un viaje de ida.
- 10.** Todos los viajes cuestan \$2.50 por trayecto. No habrá créditos.
- 11.** METRA se reserva el derecho, por razones de seguridad, de abstenerse de ingresar o conducir cerca de edificios que se encuentren en un lugar inseguro.

RECONOCIMIENTO

Doy mi permiso para que el personal de METRA haga un seguimiento con el profesional de atención médica que completó la Parte B de esta solicitud para obtener una verificación complementaria de mi condición. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Por la presente autorizo la divulgación de información relacionada con las limitaciones que me impiden usar la ruta fija a METRA para una mayor determinación de mi elegibilidad para el servicio de paratransito ADA.

He leído y entiendo completamente las condiciones de servicio descritas anteriormente y acepto cumplirlas. Acepto que la información proporcionada es veraz y precisa a mi leal saber y entender.

Imprima Su Nombre: _____

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____

Si alguien que no sea la persona que solicita la elegibilidad ha completado este formulario de solicitud, complete lo siguiente:

Imprima Su Nombre: _____

Dirección: _____

Relación: _____ **Teléfono Principal: ()** _____

Nombre de la Agencia: _____

Firma _____ **Fecha:** _____

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

Instrucciones y Lista de Verificación del Solicitante

1. Antes de enviar por correo el formulario de solicitud de Paratránsito, por favor Complete la siguiente lista de verificación:

- ☐ ¿Revisaste la solicitud?
- ☐ ¿Revisó los requisitos de elegibilidad?
- ☐ ¿Completaste el formulario por completo? Recuerde, cualquier formulario incompleto será devuelto sin ser procesar.
- ☐ ¿Completó todas las preguntas de la Parte A?
- ☐ ¿Ha firmado y fechado la Parte A?
- ☐ ¿Si corresponde, la persona que lo ayudó firmó y fechó la Parte A?
- ☐ ¿Un proveedor de atención médica autorizado ha completado todas las preguntas de la Parte B de la solicitud?

2. Devuelva la solicitud completa (Partes A y B) a:

METRA Transit System
Dial-A-Ride
P.O. Box 1340
Columbus, Georgia 31902

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

**PARTE B:
VERIFICACIÓN DEL PROVEEDOR**

Para ser completado por un proveedor de atención médica autorizado, como:

- Quiropráctico
- Psicólogo
- Consejero de Salud Mental
- Enfermero Practicante
- Terapeuta Ocupacional Registrado
- Fisioterapeuta Registrado
- Profesional de Cuidados Respiratorios
- Consejero de Rehabilitación Profesional
- Especialista en Orientación/ Movilidad
- Médico
- Asistente Médico
- Enfermera Registrada

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

Estimado Proveedor de atención médica con licencia:

Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), las personas con ciertas discapacidades son elegibles para el servicio de paratránsito complementario si no pueden caminar hacia o desde las paradas de autobús o viajar en autobuses de ruta fija parte o todo el tiempo. Su pasajero/paciente (solicitante) ha solicitado a METRA Transit System viajar en nuestro servicio de paratránsito complementario Dia-A-Ride. Proporcione información sobre las capacidades funcionales del solicitante en el formulario de solicitud confidencial adjunto. Tenga en cuenta que podemos comunicarnos con usted si necesitamos información adicional.

Gracias por su Ayuda.

Ena rivera

Ena Rivera
Coordinador ADA
METRA Transit System
P.O. Box 1340
Columbus, Georgia 31902

PARTE B: VERIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Información del Solicitante de Paratránsito:

El nombre del solicitante: _____

Fecha de la última visita: ____/____/____

1. Describa la condición de salud primaria del solicitante que limita su capacidad para viajar hacia o desde las paradas de autobús o viajar en el servicio de autobús de ruta fija:

2. ¿Es la condición temporal? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuántos meses se espera que dure la afección?

3. ¿Puede el solicitante caminar sin la ayuda de otra persona?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿aproximadamente cuántos pies?

4. ¿Poder el aplicante trepar tres (3) pasos sin ayuda?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

5. Enumere cualquier ayuda de movilidad que utilice el solicitante:

6. Para los solicitantes con **deficiencias visual**, por favor describir:

Visual agudeza con mejor corrección:

☐ Ojo derecho ☐ Ojo izquierdo ☐ Ambos ojos

Campos Visuales:

☐ Ojo derecho ☐ Ojo izquierdo ☐ Ambos ojos

7. Para solicitantes con **deficiencias cognitivo**, puede el solicitante:

¿Proporcionar direcciones y números de teléfono cuando lo soliciten?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

¿Reconocer un destino o punto de referencia?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

¿Manejar inesperado situaciones o inesperados cambios en rutina?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

¿Preguntar para, entender, y seguir direcciones?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

¿Sin peligro y efectivamente viajar a través de atestado y/o complejo instalaciones?

☐ Si ☐ No ☐ A veces

8. Proporcione información adicional sobre las capacidades funcionales del solicitante.

**METRA TRÁNSITO SISTEMA
DIAL-A-RIDE
PARATRÁNSITO SOLICITUD**

Información Proveedores de Atención Médica / Healthcare Provider Information

Nombre completo / Complete Name: _____

Título / Title: _____

Nombre de la práctica / Practice Name: _____

DIRECCIÓN / Address: _____

Ciudad / City: _____ Estado / State: _____ Código Postal / Zip: _____

Teléfono / Phone: (____) _____ Fax No.: (____) _____

Correo electrónico / Email: _____

Número de Licencia, Registro o Certificación Profesional / Professional License, Registration or Certification Number:

Expedido por / Issued by: _____

Certifico que el solicitante aquí nombrado, _____, está bajo mi cuidado profesional y que he completado esta solicitud cuidadosamente. Certifico que la información proporcionada es exacta.

I certify that the applicant named herein, _____, is under my professional care and that I have completed this application carefully. I certify that the information provided is accurate.

Firma / Signature: _____

Fecha / Date: _____

Por favor devuelva los formularios completos al solicitante.

Please return the completed forms to the applicant.