
Instrucciones para la solicitud de Paratransit

Si debido a alguna discapacidad, usted no puede usar la ruta fija de accesibilidad a los buses del Metro, puede ser que usted es elegible para usar los servicios del Paratransit. Los servicios del Paratransit usan una variedad de compañías y vehículos para dar respuesta a las solicitudes individuales de viaje.

Con el fin de determinar su elegibilidad para usar los servicios del Paratransit, el Metro considerará su habilidad funcional para su uso de las rutas fijas que tienen los servicios de buses regulares. Nosotros no consideramos como base para determinar la elegibilidad, los síntomas, el tipo de discapacidad, el uso de ayudas para la movilidad, la edad, el ingreso, la habilidad para conducir o el acceso a un automóvil privado, que una persona pueda tener. Personas con circunstancias aparentemente similares, puede que se les defina una elegibilidad diferente, debido a su estado actual de funcionalidad.

Para continuar con su solicitud de elegibilidad, haga el favor de completar el formulario adjunto y envíelo al Metro. En algunos casos, puede que el Metro contacte a algún profesional que usted ha señalado como referencia, con el fin de aclarar algunos puntos sobre su estado actual, o para establecer una cita para hacer una evaluación en forma personal.

Estos son los pasos a seguir para completar el proceso:

1. Complete toda la solicitud de elegibilidad de Paratransit.
2. Use la Lista de verificación de la aplicación para ayudarlo a completar el proceso.
3. Envíe su solicitud de una de las varias formas que se indican en la Lista de verificación.
4. Responda a Metro cuando sea contactado para programar una evaluación.
5. Participar en la evaluación presencial programada.
6. Se proporcionará un aviso por escrito de la determinación de elegibilidad.

Lista de verificación para Paratransit

1. Complete y revise su solicitud

- ☐ Asegúrese que todas las preguntas tienen respuestas.
- ☐ La información sobre los contactos actuales está señalada.
- ☐ El formulario está firmado por el/la solicitante o por una persona autorizada para firmar a nombre del solicitante.

2. Haga una copia de todos los documentos para su archivo.

- ☐ Mantenga una copia de su solicitud en su archivo personal.

3. Presentación del formulario

- ☐ El formulario ha sido presentado de alguna de las siguientes maneras:
 - ☐ Enviado por correo regular al 1245 E. Washington Ave., Ste. 201, Madison, WI 53703
 - ☐ Presentado en persona, en las oficinas del Metro entre las 7:30 AM y las 5:30 PM, durante los días de semana.

4. Actualización de la solicitud

- ☐ El Metro procesa las solicitudes en el mismo orden en que las ha recibido.
- ☐ Una solicitud incompleta, será devuelta para completar antes de que se pueda programar una evaluación.
- ☐ Metro se comunicará con el solicitante para programar una evaluación en persona dentro de los 3-5 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud completa.
- ☐ Si el solicitante reside dentro del área de servicio de Paratransit, Metro lo proporcionará si es necesario.

5. Prepararse para la evaluación

- ☐ Prepárese para discutir cómo una discapacidad le impide el uso del servicio de autobús accesible de Metro.
- ☐ Lleve una identificación con foto y si corresponde, el pase de su empleador o escolar a la evaluación.



1245 E. Washington Ave
Suite 201
Madison, WI 53703

Formulario de Elegibilidad para el Paratransit

PARTE 1: Información del solicitante (use letra imprenta)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial Intermedia: _____

¿Es o a ha sido usted cliente del Paratransit del Metro? ☐ SÍ ☐ NO

¿Cuál es la mejor manera de contactarlo en caso de hacer una evaluación en persona?

☐ Número telefónico (como señalado abajo) ☐ Correo electrónico (como señalado abajo)

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR: Teléfono de casa: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ · Apartamento. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del edificio donde vive: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Señale dos contactos en caso de emergencia.

Nombre de los contactos: _____

¿Qué relación tienen estos contactos con usted? _____

Números de teléfonos: _____

¿Dónde deberíamos enviarle la información futura?

☐ A mí, el/la solicitante ☐ A la persona designada, mencionada abajo

Nombre de la persona designada: _____

Dirección de la persona designada: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____

PARTE 2: Sobre la discapacidad del solicitante y su transporte

¿Cuál es la naturaleza y condición de su discapacidad? (*marque todo lo que corresponda*)

- ☐ Intelectual ☐ Física ☐ Sensorial

Haga el favor de listar las discapacidades y diagnósticos del solicitante:

Yo no puedo usar el servicio de las rutas fijas de los buses del Metro, (siempre o algunas veces) sin la ayuda de otra persona, porque:

Identifique los dispositivos para movilidad que usa cuando viaja (*marque todo lo que corresponda*)

- ☐ Bastón ☐ Silla de ruedas manual
- ☐ Muletas ☐ Silla de ruedas con motor o motoneta
- ☐ Andador ☐ Silla de ruedas grande y motorizada: Ancho ____ Largo ____ ☐ Otro
- ☐ Oxígeno portátil o respirador ☐ Otros _____

Nota importante: si usted marcó arriba "Silla de ruedas grande y motorizada" y su silla mide más de 30" de ancho o 48" de largo (con una medida de 2" sobre el suelo), posiblemente no podrá ser acomodado. También en situaciones en las cuales el aparato de movilidad de alguna solicitante llega a pesar más de 600 libras combinadas (cuando está en uso), posiblemente tampoco podrá ser acomodado.



1245 E. Washington Ave
Suite 201
Madison, WI 53703

Yo uso los siguientes soportes/aparatos todo el tiempo:

- ☐ Una persona designada en forma regular para ayudarme a realizar una o más actividades diarias
- ☐ Un animal de servicio para mi asistencia
- ☐ No corresponde

PARTE 3: Información adicional sobre mi salud

Haga el favor de mencionar dos contactos de profesionales de la salud a los cuales el Metro podría contactar para verificar su discapacidad (ejemplo: médicos, trabajadores sociales, administradores de casos, terapistas, quiroprácticos, sicólogos o siquiátras).

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Título: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Título: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Actualmente estoy registrado en el siguiente programa de salud con el Wisconsin Department of Health Services:

- | | |
|--|---|
| ☐ Family Care y trabajo con: <ul style="list-style-type: none">○ Care Wisconsin○ My Choice Family Care | ☐ Family Care Partnership y trabajo con: <ul style="list-style-type: none">○ Care Wisconsin○ iCare Independent Health Care Plan |
| ☐ Incluye, Respect, I Self-Direct (IRIS) y trabajo con (<i>Marque todas las que corresponden</i>): | |
| <ul style="list-style-type: none">○ Connections○ First Person Care Consultants○ Progressive Community Services○ TMG | <ul style="list-style-type: none">○ iLife○ GT Independence○ Premier Financial Management Services○ Outreach Health Services |
| ☐ No corresponde | |

Información de contacto del administrador de casos del programa, representante o consultor.

Nombre: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____



1245 E. Washington Ave
Suite 201
Madison, WI 53703

Divulgación de información: Yo, el/la solicitante, entiendo que el propósito de completar este formulario es para determinar mi elegibilidad para mi uso del servicio del Paratransit del Metro. Estoy de acuerdo con entregar toda la información que me requiera el Metro y cualquier panel de revisión de elegibilidad, como así también me queda claro que toda la información proporcionada será tratada en forma confidencial. Sumado a esto, también entiendo que, a su discreción, el Metro se reserva el derecho a solicitar información adicional, si es necesario. Esto también autoriza al Paratransit del Metro para referir e intercambiar información con el Programa de Entrenamiento para Viajes del Condado de Dane.

Nombre del Solicitante (use letra imprenta)

Firma

Fecha

Como el solicitante, yo firmo la aplicación

☐ Firme como Solicitante

☒

El/La siguiente representante firma en mi nombre:

☐ Padres (*si el solicitantes es menor de edad*) ☐ Poder Notarial

☐ Como solicitante, firme mi propio nombre

Nombre de quien ayudó a completar la solicitud/ Si representa una agencia, el nombre / Teléfono

Solo para uso oficial

Fecha de solicitud recibido _____ ¿Completa? ☐ Sí ☐ No

La solicitud está incompleta y devuelta: Fecha _____ Devuelta vía: ☐ Correo regular
☐ Correo electrónico

Evaluación en persona Método de contacto: ☐ Correo electrónico ☐ Correo regular

1ª cita de contacto _____ 2ª cita de contacto _____

3ª cita de contacto _____

Mantener hasta _____ IPA Día/Hora Confirmado _____