

revisado en  
septiembre de 2021



## Solicitud de Servicio Puerta a Puerta

El servicio puerta a puerta de GoCary Door es un servicio de transporte compartido para personas con discapacidades que les impiden usar el sistema de itinerario fijo de GoCary, así como para los residentes de la ciudad de Cary de 60 años o más.

Las personas interesadas deben completar una solicitud para la determinación de elegibilidad y recibir la aprobación de la ciudad de Cary antes de que se acepten las reservas. Hay diferentes instrucciones en la solicitud según el nivel de elegibilidad. Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud.

### Instrucciones

Consulte la Guía del pasajero de puerta a puerta de GoCary en nuestro sitio web en [www.GoCary.org / RideGuideD2D](http://www.GoCary.org/RideGuideD2D).

Si desea que se le envíe una copia impresa por correo, llame al 919-653-7141 o envíe una solicitud a [BetterTransit@GoCary.org](mailto:BetterTransit@GoCary.org). Una vez que haya revisado la guía, complete esta solicitud según su elegibilidad.

### Elegibilidad de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)

Las personas con discapacidad (según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades) que requieren instalaciones, servicios o planificación especiales que les impiden usar el servicio de ruta fija GoCary, deben completar las Partes A y B de esta solicitud.

Luego, un profesional médico o de bienestar social calificado con conocimientos de su discapacidad debe completar la parte C. La solicitud firmada y completa debe enviarse a:

Por correo postal: Ciudad de Cary  
Atención: Programa puerta a puerta  
P.O. Box 8005  
Cary, NC 27512

Por correo electrónico:  
[BetterTransit@GoCary.org](mailto:BetterTransit@GoCary.org)

Personalmente: Centro de operaciones de GoCary  
Operado por MV Transportation  
1107 Trinity Road  
Raleigh, NC 27607

Por fax:  
(919) 380-6426

Una vez que el personal de la ciudad reciba su formulario de inscripción completo (incluida la parte C), será analizado para determinar su elegibilidad. Será notificado por escrito respecto de la determinación de su elegibilidad dentro de los 21 días. Si no se determina su elegibilidad dentro de los 21 días de la recepción de una solicitud completa, el solicitante será tratado como elegible y se le brindará el servicio hasta que se tome la determinación final sobre la elegibilidad.

### **Elegibilidad para adultos mayores**

Si no tiene una discapacidad que le impide usar el sistema de ruta fija de GoCary, pero tiene más de 60 años de edad Y reside en Cary, solo complete la parte A. La solicitud completada y firmada debe enviarse a:

Por correo postal: Ciudad de Cary

Atención: Programa puerta a puerta

P.O. Box 8005

Cary, NC 27512

Por correo electrónico:

[BetterTransit@GoCary.org](mailto:BetterTransit@GoCary.org)

Personalmente: Centro de operaciones de GoCary

Operado por MV Transportation

1107 Trinity Road

Raleigh, NC 27607

Por fax:

(919) 380-6426

\*Tenga en cuenta que los solicitantes que solo completen la Parte A de la solicitud no son elegibles para viajar con un Asistente de Cuidado Personal (PCA) y que las solicitudes de reserva se aprueban según el espacio disponible.

### **Residentes de la Ciudad de Morrisville**

Si es residente en la ciudad de Morrisville y vive en un radio de  $\frac{3}{4}$  de milla de la ruta 7 de GoCary, puede ser elegible en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades para el servicio de nivel 1 de GoCary. Siga las instrucciones del apartado "Elegibilidad de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades" en la página 1. Los residentes de la ciudad de Morrisville no son elegibles para presentar una solicitud basada en la edad.

## Solicitud

Marque la casilla de abajo que se aplica a su caso y brinde la información requerida. Si necesita reservar su único viaje *sin cargo* al Centro de Operaciones de GoCary exclusivamente a fin de presentar una solicitud, llame al (919) 481-2020 y seleccione la opción 3.

\_\_\_\_\_ Tengo una afección discapacitante conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades que me impide usar el servicio de ruta fija de GoCary.

**Complete las partes A y B, luego pídale a un profesional médico con conocimientos de su discapacidad que complete la parte C. La elegibilidad de esta solicitud no se analizará hasta que se hayan completado las tres partes. Para ser elegible para viajar en el Nivel 2 o el Nivel 3, se requiere una prueba de residencia.**

\_\_\_\_\_ Resido en Cary, tengo más de 60 años de edad. No tengo una afección discapacitante conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades que me impida usar el servicio de ruta fija de GoCary.

**Solo complete la parte A. Se requiere prueba de edad y de residencia. Entiendo que al registrarme como adulto mayor, no soy elegible para viajar con un asistente de cuidados personales y que mis viajes serán aprobados según el espacio disponible.**

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_

### A. Información general (complete todos los campos)

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**Nota:** al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones por correo electrónico de la ciudad de Cary. Si se suscribe a la opción del servicio de correo electrónico, no se suministrará a terceros su dirección de correo electrónico, conforme a la ley estatal. Solo utilizaremos el correo electrónico para lo siguiente: (1) comunicarnos con usted acerca de cuestiones relativas a GoCary; (2) divulgarle información de emergencia; y/o (3) comunicarnos con usted en relación con cualquier asunto administrativo como suscriptor de correo electrónico que pueda surgir. Si tiene preguntas, comuníquese con el Coordinador del Programa de Tránsito al (919) 653-7141 o por correo electrónico a través de [BetterTransit@GoCary.org](mailto:BetterTransit@GoCary.org).

### Información de contacto para emergencias

Nombre \_\_\_\_\_ Vínculo \_\_\_\_\_

Teléfono particular \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Usted es:

Sordo/con dificultades auditivas \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No      ¿Marca el 711? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

¿Necesita alguno de los siguientes artículos? (marque todo lo que corresponda)

Silla de ruedas manual \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Silla de ruedas eléctrica \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Scooter motorizado \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el peso combinado (\_\_\_\_\_ libras) del pasajero y la silla de ruedas/scooter?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la longitud (\_\_\_\_\_ pulgadas) y el ancho (\_\_\_\_\_ pulgadas) de la silla de ruedas/scooter?

**NOTA IMPORTANTE**

Los pasajeros que usan sillas de ruedas/scooters deben tener una rampa si hay escalones. El conductor no "desplazará" a los pasajeros para subir/bajar escaleras o ingresar/salir de casas o edificios.

Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿su casa está equipada con una rampa para sillas de ruedas?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

Bastón \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

Andador \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

Muletas \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

Dispositivos ortopédicos \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

Animal de servicio \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

Oxígeno \_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No

Otro (explique):

\_\_\_\_\_ He adjuntado Prueba de residencia que muestra mi dirección actual a esta solicitud (por ejemplo, copia de la licencia de conducir válida, factura de servicios públicos u otro documento que lo acredite). Entiendo que si no presento una prueba de residencia, solo seré elegible para viajar en el Nivel 1.

\_\_\_\_\_ He incluido una prueba de edad con esta solicitud (requerido solo si no completa las Partes B y C. Puede ser una copia de la licencia de conducir válida u otra identificación que muestre la fecha de nacimiento).

Entiendo que el propósito de la aplicación es determinar si soy elegible para el servicio de transporte puerta a puerta de GoCary. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que la solicitud me será devuelta si no está completa, lo que retrasará la tramitación. Entiendo que la falsificación o tergiversación de hechos, o cambios en mi afección, pueden resultar en cambios en el estado de mi certificación. Además, entiendo que se puede necesitar información adicional del profesional de atención médica que me atiende, relacionada con mi discapacidad o afección para el servicio de paratransporte complementario de la ADA (Nivel I), y se utilizará para ayudar a determinar mi elegibilidad. Acepto notificar a GoCary si ya no necesito usar el servicio puerta a puerta.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Los solicitantes deben tener 18 años de edad para firmar de forma independiente. De lo contrario, se requiere la firma de un tutor).

Si alguien que no sea el solicitante completó esta solicitud, se debe proporcionar la siguiente información.

**Nombre en letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto durante el día:** \_\_\_\_\_

**Vínculo con el solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

**B. Afección discapacitante y certificación**

1. ¿Cuál es la discapacidad o estado de salud que le impide usar los autobuses de ruta fija de GoCary? (Sea específico pero use términos simples).

2. ¿De qué manera esta discapacidad o estado de salud lo limita o le impide usar el servicio de ruta fija de GoCary? Sea específico.

3. Las afecciones que describió son:

\_\_\_\_\_ Permanentes    \_\_\_\_\_ Varían día a día    \_\_\_\_\_ Temporales

Si son temporales, ¿cuál es la fecha de finalización prevista? \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene sensibilidad al frío determinada por el médico?    \_\_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_\_ No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene sensibilidad al calor determinada por el médico?    \_\_\_\_\_ Sí    \_\_\_\_\_ No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay otras condiciones climáticas que afecten su discapacidad?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

7. ¿Tiene una discapacidad visual?  Sí  No  En ocasiones

En caso afirmativo o si la respuesta es "en ocasiones", explique:

8. ¿El clima o las condiciones ambientales afectan a su respiración?  
 Sí  No  En ocasiones

En caso afirmativo o si la respuesta es "en ocasiones", explique:

9. ¿Alguna de las siguientes habilidades se ve afectada por su discapacidad?

**Si la respuesta es "En ocasiones", "Nunca" o "No estoy seguro", explique mediante la descripción del efecto y el alcance de la limitación causada por la discapacidad.**

El solicitante puede:

a) cruzar una calle con  2 y 3 carriles  4 a 6 carriles  Nunca

Comentarios: \_\_\_\_\_

b) Subir/bajar bordillos  Siempre  En ocasiones  Nunca  No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

c) ¿Pararse en un autobús en movimiento agarrado a un pasamanos?

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Si la respuesta es "En ocasiones", ¿por cuánto tiempo (en minutos)? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

d) Desplazarse solo a la parada de autobús sin ayuda

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

e) Desplazarse solo a la parada de autobús si recibe capacitación

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

f) Viajar solo afuera de la casa

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

g) Salir de la casa oportunamente

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

h) Buscar y actuar según las instrucciones

Siempre  En ocasiones  Nunca  No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

i) Viajar de forma segura e independiente ¼ de milla (4 cuadras) sin la ayuda de otra persona

Siempre  En ocasiones  Nunca  No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

j) Esperar en una parada de autobús

Siempre  En ocasiones  Nunca  No estoy seguro

Si la respuesta es "En ocasiones", ¿por cuánto tiempo (en minutos)? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

k) Abordar el autobús correcto

Siempre  En ocasiones  Nunca  No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

l) Hacer trasbordo de un autobús a otro

Siempre  En ocasiones  Nunca  No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

m) Bajarse en el lugar correcto

Siempre  En ocasiones  Nunca  No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

n) Leer/controlar la hora

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

o) Caminar sobre colinas/terreno empinado

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

p) Manejar situaciones inesperadas

\_\_\_ Siempre \_\_\_ En ocasiones \_\_\_ Nunca \_\_\_ No estoy seguro

Comentarios: \_\_\_\_\_

10. Si GoCary ofreciera capacitación gratuita sobre cómo viajar en los autobuses de ruta fija, ¿estaría interesado?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si la respuesta es negativa, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. ¿Requiere un Asistente de Cuidado Personal (PCA, por sus siglas en inglés) para que lo ayude a viajar? Un PCA es cualquier persona que lo ayuda a realizar las actividades de su vida y es diferente a un invitado o acompañante. Su PCA puede acompañarlo sin cargo adicional.

\_\_\_ Sí, en ocasiones \_\_\_ Sí, siempre \_\_\_ No

12. ¿Qué distancia puede caminar/viajar solo o con la ayuda de un andador (elija una de las opciones que brindamos a continuación y complete un número al lado)?

\_\_\_ pies \_\_\_ cuerdas \_\_\_ millas

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

**Autorización para la divulgación de información**

Autorizo al profesional que completó la parte C de esta solicitud a divulgar a la ciudad de Cary/GoCary información sobre mi discapacidad o mi estado de salud y su efecto sobre mi capacidad de viajar en el sistema de transporte de GoCary. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para usar los servicios puerta a puerta de GoCary. Acepto divulgar la información solicitada a la ciudad de Cary/GoCary y cualquier panel de revisión de elegibilidad y entiendo que la información aquí contenida será tratada de manera confidencial, a menos que la ley exija lo contrario. Además, entiendo que la ciudad de Cary/GoCary se reserva el derecho de solicitar información adicional a su criterio. Acepto notificar a la ciudad de Cary/GoCary sobre cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecte mi capacidad de usar los servicios puerta a puerta de GoCary. También entiendo que esto puede afectar mi elegibilidad como pasajero.

**C. Verificación del Proveedor de Salud**

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(Los solicitantes deben tener 18 años de edad para firmar de forma independiente. De lo contrario, se requiere la firma de un tutor).

Estimado Profesional de verificación:

El solicitante que figura en la Parte A de esta solicitud le solicita que brinde información sobre su capacidad para utilizar los servicios de transporte público de GoCary, como se describe en la Parte B. GoCary brinda servicios de transporte a personas elegibles con discapacidades que no pueden utilizar el servicio regular de autobuses de ruta fija. La

información que proporcione nos permitirá evaluar la solicitud y determinar las necesidades específicas de la persona. Gracias por su cooperación en este asunto.

**TENGA EN CUENTA:** los servicios de autobuses de ruta fija de GoCary disponibles en la ciudad de Cary son accesibles para personas con discapacidades.

La persona que solicita el servicio bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) **NO DEBE PODER ACCEDER A ESTOS SERVICIOS** por los siguientes motivos:

- afecciones que les impiden desplazarse hasta o desde una parada de autobús de ruta fija de GoCary, o trasladarse de un vehículo a otro; **y/o**
- afecciones que les impiden planificar, abordar, viajar o desembarcar de un vehículo de ruta fija accesible según la ADA.

La solicitud completa debe ser enviada a GoCary dentro de los treinta (30) días posteriores a la finalización, por parte del profesional seleccionado, y puede devolverse al solicitante o enviarse a los siguientes recursos:

Por correo postal: Ciudad de Cary  
Atención: Programa puerta a puerta  
P.O. Box 8005  
Cary, NC 27512

Por correo electrónico:  
[BetterTransit@GoCary.org](mailto:BetterTransit@GoCary.org)

Personalmente: Centro de operaciones de GoCary  
Operado por MV Transportation  
1107 Trinity Road  
Raleigh, NC 27607

Por fax:  
(919) 380-6426

**(ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA)**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

1. Carácter en el que conoce al solicitante: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo fue la última vez que trató o atendió al solicitante? \_\_\_\_\_

3. En promedio, ¿con qué frecuencia atiende al solicitante? \_\_\_\_\_

4. ¿El solicitante fue diagnosticado con una discapacidad física, cognitiva, psicológica o de otro tipo que le impida usar el servicio de autobús de ruta fija de GoCary?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

5. La discapacidad del solicitante es:

\_\_\_\_\_ Física          \_\_\_\_\_ Cognitiva          \_\_\_\_\_ Psicológica          \_\_\_\_\_ Otro

6. ¿Cuál es la discapacidad del solicitante (sea específico pero use términos simples)?

7. ¿Cuál es la fecha de inicio? \_\_\_\_\_

8. ¿La discapacidad o afección del solicitante impide el uso del servicio regular de autobuses de ruta fija?

\_\_\_\_\_ Sí, en ocasiones          \_\_\_\_\_ Sí, siempre          \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "En ocasiones" o "Siempre", explique:

9. ¿Podría el solicitante utilizar autobuses regulares de ruta fija con capacitación para viajar? La capacitación para viajar es un proceso de instrucciones donde las personas en general aprenden a usar y viajar en transporte público de manera segura e independiente. Se puede ofrecer a través de capacitación individual o grupal.

\_\_\_\_\_ Sí, en ocasiones          \_\_\_\_\_ Sí, siempre          \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "En ocasiones" o "Siempre", explique:

11. ¿Qué distancias puede caminar/viajar el solicitante solo o con la ayuda de un andador? (elija una de las opciones a continuación y complete un número al lado)

\_\_\_\_\_ pies          \_\_\_\_\_ cuerdas          \_\_\_\_\_ millas

12. ¿Cuál es la duración prevista de la afección de la persona?

\_\_\_\_\_ Temporal: duración aproximada prevista hasta \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_ A largo plazo: potencial de mejora o períodos de remisión

\_\_\_\_\_ Permanente: sin expectativas de mejora funcional

He leído las partes A y B en su totalidad          \_\_\_\_\_ Sí          \_\_\_\_\_ No

Estoy de acuerdo con la información suministrada en la parte B          \_\_\_\_\_ Sí          \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es negativa, explique:

Elija la declaración a continuación que describa mejor su opinión profesional en relación con el uso del transporte público por el solicitante:

\_\_\_\_\_ El solicitante debería poder acceder al transporte público de ruta fija de manera satisfactoria.

\_\_\_\_\_ El solicitante puede utilizar el transporte público de ruta fija de manera satisfactoria, pero puede necesitar utilizar el servicio puerta a puerta **bajo ciertas condiciones** debido a una afección discapacitante o limitación funcional.

Explique las condiciones:

\_\_\_\_\_ El solicitante no puede usar el transporte público de ruta fija debido a una afección discapacitante o limitación funcional y requiere el servicio puerta a puerta **sin condiciones**.

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_  
(Si no es un médico con licencia, indique el cargo y la certificación)

Organización/práctica \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

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

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE GOCARY**

APROBADO \_\_\_\_\_

RECHAZADO \_\_\_\_\_

SIN CONDICIONES \_\_\_\_\_

SUJETO A CONDICIONES \_\_\_\_\_

TEMPORAL \_\_\_\_\_

EMITIDO POR \_\_\_\_\_

CARGO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

NÚMERO DE EXPEDIENTE \_\_\_\_\_