



Solicitud para el Servicio de Puerta a Puerta y/o Servicio de Ruta Fija a Tarifa Reducida

Información y Elegibilidad

A fin de usar el servicio de puerta a puerta GoCary, primero debe registrarse en el servicio y recibir una tarjeta de identificación con fotografía de GoCary. Las personas reúnen los requisitos para el servicio de puerta a puerta GoCary si tienen una discapacidad que califique o una afección relacionada con la discapacidad que les impide usar el sistema de ruta fija (conforme a la Ley de estadounidenses con discapacidad) O tienen 60 años de edad o más Y residen en la localidad de Cary. Hay diferentes instrucciones en la solicitud según el nivel de elegibilidad.

Instrucciones del Formulario de Inscripción

Revise la Guía del pasajero del servicio de puerta a puerta GoCary. Puede retirar copias impresas en:

Centro de Adultos Mayores
de la Localidad de Cary
120 Maury O'Dell Place
Cary, NC 27513

Municipalidad de Cary, Alcaldía
2^{do} piso, Departamento de Transporte e Instalaciones
316 N. Academy Street
Cary, NC 27513

La Guía del pasajero del servicio de puerta a puerta GoCary también está disponible en nuestro sitio web www.GoCary.org. Después de leer la guía, complete y envíe este formulario de inscripción basado en su elegibilidad.

Elegibilidad

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

Si usted no puede usar el sistema de ruta fija debido a una discapacidad que califica (conforme a la Ley de estadounidenses con discapacidad) y/o requiere un Asistente de Cuidado Personal (PCA, por sus siglas en inglés) para viajar, complete las partes A y B de este formulario de inscripción. Entregue el formulario completo a un profesional médico o de servicios humanos calificado con conocimientos de su discapacidad para completar la parte C. La solicitud firmada y completa puede enviarse a:

Por correo postal:

Municipalidad de Cary
Atención: Programa puerta a puerta
P.O. Box 8005
Cary, NC 27512

Por correo electrónico:

YourRideMatters@townofcary.org

Por fax:

(919) 380-6426

Personalmente: Municipalidad de Cary, Alcaldía
2^{do} piso, Transporte e Instalaciones
316 N. Academy Street
Cary, NC 27513

Una vez que el personal del municipio 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.

Una vez que haya sido aprobado para el servicio, debe dirigirse al Centro de Adultos Mayores de la Localidad de Cary para recibir su tarjeta de identificación de GoCary. Puede programar un viaje sin cargo con GoCary para tal fin llamando al (919) 481-2020 y seleccionando la opción 3. Lleve consigo una identificación personal. También puede hacerlo antes de recibir la notificación de aprobación; no obstante, no recibirá su tarjeta de identificación hasta que se le haya otorgado la aprobación. Una vez que se le notifique la aprobación, puede comenzar a programar viajes de inmediato.

Más de 60 años de edad

Si no tiene una discapacidad que califica que le impide usar el sistema de ruta fija de GoCary, pero tiene 60 años de edad o más Y reside en Cary, solo complete la parte A. En este caso, puede presentar el formulario personalmente en el Centro de Adultos Mayores de la Localidad de Cary. El personal le sacará una fotografía y le entregará una tarjeta de identificación de GoCary.

Centro de Adultos Mayores
de la Localidad de Cary
120 Maury O'Dell Place
Cary, NC 27513

Horario: Lunes a jueves de 9 a.m. a 9 p.m.
Viernes y sábados de 9 a.m. a 6 p.m.
Domingos Cerrado

Entregue una identificación con fotografía, una prueba de su edad y prueba de residencia en Cary (por ejemplo, una factura de servicios con su nombre y una dirección en Cary). Recibirá la aprobación en el lugar y puede programar viajes de inmediato.

Solicitud

Tilde la casilla que se aplica a su caso y brinde la información requerida. Si necesita reservar su viaje inicial *sin cargo* hacia el Centro de Adultos Mayores de la Localidad de Cary a fin de inscribirse únicamente, llame al (919) 481-2020 y seleccione la opción 3.

Tengo una afección discapacitante conforme a la Ley de estadounidenses con discapacidad 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.**

Resido en Cary, tengo más de 60 años de edad. **Solo complete la parte A. Se requiere prueba de edad y de residencia.**

Fecha de la solicitud: _____

A. Información General

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ M ____ F ____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

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

Dirección de correo electrónico _____

Nota: Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones por correo electrónico de la Municipalidad 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: (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. En caso de tener preguntas, comuníquese con el Coordinador del Programa de Transporte al (919) 653-7141.

Nombre del solicitante _____

¿Requiere algo de lo siguiente?

Silla de ruedas / Scooter motorizada _____ Sí _____ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el peso combinado (_____ lb) del pasajero y el dispositivo de movilidad?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la longitud (_____ pulgadas) y el ancho (_____ pulgadas) del dispositivo de movilidad?

Andador / bastón _____ Sí _____ No

Animal de servicio _____ Sí _____ No

Oxígeno _____ Sí _____ No

Otro (explique): _____

Información de contacto para emergencias

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

Firma del solicitante _____

Nombre del solicitante _____

B. Afeción discapacitante y certificación

Naturaleza de la discapacidad _____

¿Cómo le impide este límite de discapacidad usar el servicio de ruta fija de GoCary?

¿Es una discapacidad temporaria? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es la fecha de finalización prevista? _____

Requiere un Asistente de Cuidado Personal (PCA, por sus siglas en inglés) para ayudarlo a viajar: _____ Sí _____ No

La parte C de esta solicitud debe completarla un profesional médico o de servicios humanos que esté familiarizado con la discapacidad del solicitante. Su firma a continuación autoriza a este profesional a brindar información a la Municipalidad de Cary en relación con su elegibilidad para los servicios de puerta a puerta o de tarifa reducida.

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA CLARA el nombre, cargo y empleador del profesional que verificará su solicitud:

Nombre _____

Cargo _____ Empleador _____

Nombre del solicitante _____

C. Verificación del Proveedor de Salud

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 no puede usar el transporte público de ruta fija debido a una afección discapacitante o limitación funcional y requiere el servicio de puerta a puerta.

Nombre en letra de imprenta y cargo del proveedor _____

* Si no es un médico con licencia, indique el cargo y la certificación

Firma _____

Fecha _____

Dirección _____

Número telefónico _____
