



## **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<sup>do</sup> 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](http://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](mailto:YourRideMatters@townofcary.org)

Por fax:

(919) 380-6426

Personalmente: Municipalidad de Cary, Alcaldía  
2<sup>do</sup> 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.



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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_