



Solicitud de Servicio Puerta a Puerta

El servicio puerta a puerta de GoCary es un servicio de transporte compartido para personas con discapacidades que les impide usar el sistema de itinerario fijo de GoCary, así como también 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.

Instrucciones

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

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

Ciudad de Cary, Alcaldía
3rd Floor, Transit Division
316 N. Academy Street
Cary, NC 27513

La Guía del pasajero del servicio puerta a puerta de 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 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: Centro de Adultos Mayores de la ciudad de Cary en Bond Park
Atención: Programa puerta a puerta
P.O. Box 8005
Cary, NC 27512

Por correo electrónico: YourRideMatters@townofcary.org

Por fax: (919) 380-6426

Personalmente: Centro de Adultos Mayores de la ciudad de Cary en Bond Park
120 Maury O'Dell Place
Cary, NC 27513

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.

Una vez que haya sido aprobado para el servicio, debe dirigirse al Centro de Adultos Mayores de la ciudad de Cary para recibir su tarjeta de identificación de GoCary, si aún no lo hizo. Si no puede tomarse una foto durante las horas de servicio, tendrá que solicitar una cita. Los horarios de servicio son los siguientes:

lunes de 1:00 a 4:00 p.m.

miércoles de 11:00 a.m. a 1:00 p.m.

viernes de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

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.

Mayores de 60 años de edad

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. En este caso, puede presentar la inscripción personalmente en el Centro de Adultos Mayores de la ciudad de Cary. El personal le sacará una fotografía y le entregará una tarjeta de identificación de GoCary.

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

Horario: lunes de 1:00 a 4:00 p. m.
miércoles de 11:00 a.m. a 1:00 p.m.
viernes de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

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). Si no puede tomarse una foto durante las horas de servicio, tendrá que solicitar una cita.

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 ciudad de Cary a fin de presentar una solicitud 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 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. En caso de tener preguntas, comuníquese con el Coordinador del Programa de Transporte al (919) 653-7141.

Información de contacto para emergencias

Nombre _____ Vínculo _____

Dirección _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

¿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?

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

_____ Sí _____ No

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 selecciona "sí" para cualquier dispositivo de movilidad, debe completar la sección B.**

Bastón _____ Sí _____ No

Andador _____ Sí _____ No

Muletas _____ Sí _____ No

Dispositivos ortopédicos _____ Sí _____ No

Animal de servicio _____ Sí _____ No

Oxígeno

_____ Sí _____ No

Otro (explique): _____

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 que proporcioné 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 retrasa el procesamiento. 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 necesita 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).

Representante del solicitante

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

Nombre en letra de imprenta: _____

Teléfono de contacto durante el día: _____

Vínculo con el solicitante: _____ **Fecha:** _____

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.

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección **física** del solicitante: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Dirección **postal** del solicitante: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____

Número de teléfono del solicitante: _____

Firma del 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 condiciones 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 alguna otra condición climática (viento, anochecer/oscuridad o luz intensa) que afecte 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 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 hasta/desde la parada de autobús

___ 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?

___ 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

C. Verificación del Proveedor de Salud

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 actualmente 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 subir, viajar o bajarse de un vehículo accesible según la ADA.

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

Por correo postal: Centro de Adultos Mayores de la ciudad de Cary en Bond Park
Atención: Programa puerta a puerta
P.O. Box 8005
Cary, NC 27512

Por correo electrónico: YourRideMatters@townofcary.org

Por fax: (919) 380-6426

Personalmente: Centro de Adultos Mayores de la ciudad de Cary en Bond Park
120 Maury O'Dell Place
Cary, NC 27513

(ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre del Cliente: _____

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 _____ Visual

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 mayores, las personas con discapacidades y 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 afecciones: _____

_____ 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: _____

SOLO PARA USO DE GOCARY

APROBADO _____ RECHAZADO _____

SIN CONDICIONES _____ SUJETO A CONDICIONES _____ TEMPORAL _____

EMITIDO POR _____ CARGO _____

FECHA _____ NÚMERO DE EXPEDIENTE _____