



REVISADO

Enero de 2026

www.GoCary.org

Solicitud de servicio puerta a puerta

GoCary Door to Door es un servicio de transporte compartido para personas con discapacidad que les impide utilizar el sistema de rutas fijas de GoCary, así como para residentes del Municipio de Cary de 60 años o más.

Las personas interesadas deben completar una solicitud de elegibilidad y recibir la aprobación del Municipio de Cary antes de que se acepten reservaciones. Existen instrucciones de solicitud diferentes según su nivel de elegibilidad. Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud.

Instrucciones

Revise la Guía del Pasajero de GoCary Door to Door en nuestro sitio web: www.GoCary.org/RideGuideD2D.

Si desea que le enviemos una copia impresa por correo, llame al 919-653-7141 o envíe una solicitud a BetterTransit@GoCary.org. Después de haber revisado la guía, complete esta solicitud según su tipo de elegibilidad.

Elegibilidad ADA

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

Posteriormente, un profesional médico o de servicios humanos calificado, con conocimiento de su discapacidad, deberá completar la Parte C. La solicitud completa y firmada debe enviarse a:

Por correo: Town of Cary
A la atención de: GoCary Door to Door
P.O. Box 8005
Cary, NC 27512

Por correo electrónico:
BetterTransit@GoCary.org

En persona: Cary Senior Center
Coordinador del Programa de Tránsito
120 Maury O'Dell Place
Cary, NC 27513

Por fax: (919) 380-6426

Una vez recibida, la solicitud completa (incluida la Parte C) será revisada para determinar la elegibilidad. Usted recibirá una notificación por escrito con la determinación dentro de los 21 días posteriores a la recepción de la solicitud completa. Si no se emite una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días posteriores a la recepción de la solicitud completa, el solicitante será considerado elegible de manera provisional y se le brindará el servicio hasta que se tome una decisión final.

Elegibilidad para personas mayores

Si usted no tiene una discapacidad que le impida utilizar el sistema de rutas fijas de GoCary, pero tiene 60 años o más y reside en Cary, complete únicamente la Parte A. La solicitud completa y firmada deberá ser enviada a:

Por correo: Town of Cary
A la atención de: GoCary Door to Door
P.O. Box 8005
Cary, NC 27512

Por correo electrónico:
BetterTransit@GoCary.org

En persona: Cary Senior Center
Coordinador del Programa de Tránsito
120 Maury O'Dell Place
Cary, NC 27513

Por fax: (919) 380-6426

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

Residentes que no viven en Cary

Los residentes de municipios distintos de Cary no son elegibles para el servicio GoCary Door to Door únicamente por razón de edad.

Usted puede ser elegible para el servicio GoCary Nivel 1 conforme a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Consulte las instrucciones bajo "Elegibilidad ADA" en la página 1 para obtener detalles sobre cómo presentar la solicitud.

Inactividad

Los clientes registrados que no hayan utilizado el servicio Puerta a puerta durante un período de 12 meses serán considerados inactivos y eliminados de la base de datos de clientes activos. Los clientes inactivos deberán volver a presentar una solicitud para el programa Puerta a puerta si desean reanudar el servicio.

Solicitud

Marque la casilla que corresponda a su situación y proporcione la información requerida. Si necesita reservar un viaje redondo *gratuito* al Centro para adultos mayores únicamente con fines de solicitud, llame al (919) 481-2020 y seleccione la Opción 3.

_____ Tengo una discapacidad reconocida por la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) que me impide utilizar el servicio de **rutas fijas** de GoCary.

Complete las Partes A y B, y luego haga que un profesional médico con conocimiento de su discapacidad complete la Parte C. Esta solicitud no será evaluada para determinar la elegibilidad hasta que las tres partes hayan sido completadas. Para ser elegible para viajar en Nivel 2 o Nivel 3, se requiere comprobante de residencia en Cary.

¿Requiere un Asistente de Cuidado Personal (PCA)? Un PCA es una persona designada o empleada específicamente para ayudar a cubrir las necesidades personales del pasajero, incluida la asistencia con una o más actividades de la vida diaria. El PCA es diferente de un invitado o acompañante. Su PCA puede acompañarlo sin costo adicional.

☐ Sí, a veces ☐ Sí, siempre ☐ No

_____ Soy residente de Cary y tengo 60 años o más. No tengo una discapacidad reconocida por la Ley para Estadounidenses con Discapacidades que me impida utilizar el servicio de rutas fijas de GoCary.

Complete únicamente la Parte A. Se requiere comprobante de edad y residencia en Cary. Entiendo que, al registrarme como persona mayor, no soy elegible para viajar con un Asistente de Cuidado Personal (PCA) y que mis viajes serán aprobados según disponibilidad de espacio.

Fecha de 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 de casa _____ Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Nota: Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir comunicaciones por correo electrónico de Town of Cary. Si se suscribe a la opción de servicio por correo electrónico, su dirección no será compartida con terceros, de conformidad con la ley estatal. Solo utilizaremos el correo electrónico para: (1) comunicarnos con usted sobre asuntos de GoCary; (2) compartir información de emergencia con usted; o (3) comunicarnos con usted con respecto a cualquier problema administrativo que pueda surgir con los suscriptores de correo electrónico. Si tiene preguntas, comuníquese con el Coordinador del Programa de Transporte al (919) 653-7141 o por correo electrónico a BetterTransit@GoCary.org.

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

¿Usted es:

Sordo/con dificultades auditivas?	_____ Sí	¿Marcar 711?	_____ Sí
	_____ No		_____ No

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

Bastón _____ Sí _____ No

Andador _____ Sí _____ No

Muletas	_____	Sí	_____	No
Férulas	_____	Sí	_____	No
Animal de servicio	_____	Sí	_____	No
Oxígeno	_____	Sí	_____	No
Silla de ruedas manual *	_____	Sí	_____	No
Silla de ruedas eléctrica *	_____	Sí	_____	No
Scooter motorizado *	_____	Sí	_____	No

* Si es así, ¿cuál es el peso combinado (_____ libras) del pasajero y la silla de ruedas/ del scooter?

* Si es así, ¿cuál es la longitud (_____ pulgadas) y el ancho (_____ pulgadas) de la silla de ruedas/del scooter?

Si utiliza 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 utilicen sillas de ruedas o scooters deben tener una rampa si hay escalones. Los conductores no empujarán a los pasajeros hacia arriba o hacia abajo

Otro (explicar): _____

_____ He incluido comprobante de residencia en Cary que muestra mi dirección actual con esta solicitud (ej.: copia de licencia de conducir válida, factura de servicios públicos u otro documento). Si no se presenta el comprobante de residencia para una solicitud basada en la ADA, el pasajero solo será elegible para viajar en el Nivel 1.

_____ He incluido comprobante de edad con esta solicitud (requerido únicamente si no se completan las Partes B y C; puede ser una copia de una licencia de conducir válida u otra identificación que muestre la fecha de nacimiento).

***Nota especial: Copie los documentos de prueba de elegibilidad en una hoja tamaño 8.5 x 11 pulgadas. No recorte los documentos a un tamaño pequeño. No engrape, pegue con cinta ni adjunte los documentos entre sí.**

Declaro que entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para el servicio de transporte GoCary Door to Door. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y que la solicitud me será devuelta si no está completa, lo cual retrasará su procesamiento. Entiendo que la falsificación o tergiversación de información, o los cambios en mi condición médica, pueden dar lugar a modificaciones en mi estado de certificación. Asimismo, entiendo que puede requerirse información adicional de mi profesional de la salud relacionada con mi discapacidad o condición médica para el servicio de transporte complementario conforme a la ADA (Nivel I), y que dicha información se utilizará para ayudar a determinar mi elegibilidad. Acepto notificar a GoCary si ya no necesito utilizar el servicio Puerta a puerta.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

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

Si otra persona que no sea el solicitante ha completado esta solicitud, se deberá proporcionar la siguiente información.

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____

Número de teléfono diurno: _____

Relación con el solicitante: _____ **Fecha:** _____

B. Discapacidad y certificación

(Revise las definiciones de Transporte de ruta fija y Transporte puerta a puerta que se indican a continuación antes de responder las preguntas y completar la Parte B).

Transporte de ruta fija de GoCary

El transporte de ruta fija utiliza autobuses que cumplen con la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y que operan en rutas y horarios establecidos. Los pasajeros se dirigen a una parada de autobús, esperan el autobús y descienden en una parada designada. Los autobuses circulan en horarios regulares y siguen el mismo recorrido todos los días.

Transporte puerta a puerta de Go Cary

El transporte puerta a puerta es un servicio de viajes compartidos para personas que no pueden utilizar el sistema de ruta fija debido a una discapacidad. Los pasajeros programan los viajes con anticipación. Se utilizan vehículos que cumplen con la ADA para transportar a los pasajeros entre puntos de origen y destino elegibles dentro del área de servicio definida.

1. ¿Cuál es la discapacidad o afección de salud que le impide utilizar el servicio de **ruta fija** de GoCary? (Sea específico pero utilice términos sencillos).

2. ¿Cómo esta discapacidad o afección de salud limita o impide que usted utilice el servicio de **ruta fija** de GoCary? Sea específico.

3. La afección que usted describe es:

_____ Permanente _____ Varía día a día _____ Temporal

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

4. ¿Tiene alguna discapacidad visual? _____ Sí _____ No _____ A veces

Si responde Sí o A veces, explique: _____

5. ¿Qué distancia puede caminar o desplazarse por su cuenta o con la ayuda de un dispositivo de movilidad? (Elija una opción e indique una cantidad).

_____ Pies _____ Cuadras _____ Millas

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

Si la respuesta es A veces, Nunca o No estoy seguro, explique describiendo el efecto y el grado de limitación causados por la discapacidad.

El solicitante puede:

a) Cruzar una calle con ____ 2-3 carriles ____ 4-6 carriles ____ Nunca

Comentarios: _____

b) Subir y bajar de la acera ____ Siempre ____ A veces ____ Nunca ____ No estoy seguro

Comentarios: _____

c) Permanecer de pie en un autobús de ruta fija en movimiento, sujetándose de un pasamanos.

____ Siempre ____ A veces ____ Nunca ____ No estoy seguro

Si respondió "A veces", ¿por cuánto tiempo (en minutos)? _____

Comentarios: _____

d) Encontrar por su cuenta el camino hasta la parada del autobús de **ruta fija** sin ayuda.

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No estoy seguro

Comentarios: _____

e) Viajar solo ___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No estoy seguro

Comentarios: _____

f) Buscar y seguir indicaciones

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No estoy seguro

Comentarios: _____

g) Desplazarse de manera segura e independiente $\frac{1}{4}$ de milla (4 cuadras) sin ayuda de otra persona.

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No estoy seguro

Comentarios: _____

h) Esperar en una **parada de autobús** de ruta fija.

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No estoy seguro

Si respondió "A veces", ¿por cuánto tiempo (en minutos)? _____

Comentarios: _____

i) Abordar el autobús correcto de **ruta fija**.

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No estoy seguro

Comentarios: _____

j) Hacer transferencia de un autobús de **ruta fija** a otro.

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro

Comentarios: _____

k) Bajarse en la parada correcta del autobús de **ruta fija**.

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro

Comentarios: _____

l) Identificar y controlar el tiempo

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro

Comentarios: _____

m) Caminar en colinas o terrenos inclinados

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro

Comentarios: _____

n) Afrontar situaciones inesperadas

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro

Comentarios: _____

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

☐ Sí ☐ No

Si respondió No, explique: _____

Nombre del solicitante _____

Autorización para la divulgación de información

Autorizo al profesional que haya completado la Parte C de esta solicitud a divulgar al Municipio de Cary/GoCary información relacionada con mi discapacidad o condición de salud y su impacto en mi capacidad para utilizar 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 utilizar los servicios GoCary Door to Door. Acepto divulgar la información solicitada al Municipio de Cary/GoCary y a cualquier panel de revisión de elegibilidad, y entiendo que la información aquí contenida será tratada de manera confidencial, salvo que la ley disponga lo contrario. Asimismo, entiendo que el Municipio de Cary/GoCary se reserva el derecho de solicitar información adicional a su discreción. Acepto notificar al Municipio de Cary/GoCary cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecte mi capacidad para utilizar los servicios Puerta a puerta GoCary. También entiendo que dichos cambios pueden afectar mi elegibilidad como usuario del servicio.

C. Verificación del profesional de la salud

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

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

Estimado profesional verificador:

El solicitante identificado en la Parte A de esta solicitud le ha solicitado que proporcione información relacionada con su capacidad para utilizar los servicios de transporte público de GoCary, según se describen en las definiciones de Transporte de ruta fija y Transporte puerta a puerta en la página 7, así como en las respuestas de la solicitante incluidas en la Parte B. Gracias por su cooperación en este asunto.

NOTA: Todos los servicios de autobuses de **ruta fija** de GoCary son accesibles para personas con discapacidades.

La persona que solicita el servicio de transporte Puerta a Puerta conforme a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) DEBE **NO PODER** UTILIZAR LOS SERVICIOS DE RUTA FIJA debido a:

- Condiciones que le impiden desplazarse hasta $\frac{3}{4}$ de milla para llegar o regresar de una parada de autobús de **ruta fija** de GoCary. No residir dentro de $\frac{3}{4}$ de milla de una parada de ruta fija no constituye una condición que califique.
- Condiciones que le impiden planificar, abordar, viajar o descender de un vehículo de **ruta fija** accesible conforme a la ADA.

La solicitud completa debe ser enviada a GoCary dentro de los treinta (30) días posteriores a su finalización por parte del profesional designado, y puede ser devuelta al solicitante o enviada directamente a la siguiente dirección:

Por correo: Town of Cary
A la atención de: GoCary Door to Door
P.O. Box 8005
Cary, NC 27512

Por correo electrónico:
BetterTransit@GoCary.org

En persona: Cary Senior Center
Coordinador del Programa de Tránsito
120 Maury O'Dell Place
Cary, NC 27513

Por fax: (919) 380-6426

(LETRA DE IMPRENTA)

Nombre del solicitante: _____

1. Cargo o relación en la que conoce al solicitante: _____

2. ¿Cuándo fue la última vez que atendió o evaluó al solicitante? _____

3. En promedio, ¿con qué frecuencia atiende al solicitante?: _____

4. ¿Ha sido el solicitante diagnosticado con una discapacidad física, cognitiva, psicológica u otra que le impida utilizar el servicio de autobús de **ruta fija** de GoCary?

_____ Sí _____ No

5. La discapacidad del solicitante es:

_____ Física _____ Cognitiva _____ Psicológica _____ Otra

6. ¿Cuál es la discapacidad del solicitante? (Sea específico, pero utilice términos sencillos).

7. ¿Cuál es la fecha de inicio? _____

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

_____ Sí, a veces _____ Sí, siempre _____ No

Si respondió A veces o Siempre, explique: _____

9. ¿Podría el solicitante utilizar los autobuses regulares de **ruta fija** con capacitación para el uso del transporte? La capacitación en transporte es un proceso educativo mediante el cual las personas aprenden a desplazarse y utilizar el transporte público de manera segura e independiente. Puede ofrecerse de forma individual o grupal.

_____ Sí, a veces _____ Sí, siempre _____ No

Si respondió A veces o Siempre, explique: _____

10. ¿Qué distancia puede caminar o desplazarse el solicitante por sí mismo o con la ayuda de un dispositivo de movilidad? (Elija una opción e indique la cantidad).

_____ Pies

_____ Cuadras

_____ Millas

11. ¿Cuál es la duración esperada de la afección de esta persona?

_____ Temporal: duración aproximada hasta (fecha) _____

_____ A largo plazo: posibilidad de mejoría o períodos de remisión

_____ Permanente: no se espera mejoría funcional

He leído las Partes A y B en su totalidad

_____ Sí _____ No

Estoy de acuerdo con la información proporcionada en la Parte B

_____ Sí _____ No

Si respondió No, explique:

Seleccione la opción que mejor represente su opinión profesional con respecto al uso del transporte público por parte del solicitante:

_____ El solicitante debería poder utilizar el transporte de **ruta fija** de manera satisfactoria.

_____ El solicitante puede utilizar el transporte de **ruta fija** de manera satisfactoria, pero podría necesitar utilizar el servicio **Puerta a puerta bajo determinadas condiciones** debido a una discapacidad o limitación funcional.

Explique las condiciones: _____

_____ El solicitante no puede utilizar el transporte de **ruta fija** debido a una discapacidad o limitación funcional y requiere el servicio puerta a puerta **sin condiciones**.

Nombre en letra de imprenta _____

Título _____
(Si no es un médico con licencia, indique el cargo y la certificación).

Organización/Consultorio _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

SOLO PARA USO DE GOCARY: APROBADO _____ DENEGADO _____

INCONDICIONAL _____ CONDICIONAL _____ TEMPORAL _____

EMITIDO POR _____ CARGO _____

FECHA _____ NÚMERO DE ARCHIVO _____