



**Solicitante,**

**Agradecemos su interés en nuestro servicio de paratransito de acera a acera. La siguiente aplicación debe rellenarse completamente y con letra legible. El formulario médico debe ser completado por un médico, un proveedor de atención médica con licencia o un cuidador social con licencia que este familiarizado con su discapacidad.**

**Después de que CitiAccess reciba su solicitud completa, podrá ser contactado para programar una entrevista en persona y determinar su tipo de elegibilidad. El transporte ida y vuelta a esta cita se le proporcionará de forma gratuita. La cita se realizará en las oficinas administrativas de Citibus ubicado en 801 Texas Ave.**

**Usted recibirá una carta con la respuesta en un plazo de 21 días hábiles. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, puede llamar a nuestra oficina de programación al 712-2000 x 236. También puede solicitar asistencia durante su entrevista.**

**Una vez más, le agradecemos su interés en CitiAccess.  
Departamento de programación  
712-2000 ext. 236**

**Certificación de CITIAccess  
para la elegibilidad de servicios  
proporcionados por la Ley de  
derechos para personas con  
discapacidad (ADA, por sus siglas  
en inglés)**

Enviar esta solicitud completa a:

**CITIBUS  
Scheduling Department  
801 Texas Avenue  
Lubbock, Texas 79401**

<b>USO DE LA OFICINA SOLAMENTE</b>
Determinación: _____
Fecha expiración: _____
Fecha de evaluación: _____
Fecha de envío de la carta: _____

CitiAccess solo utilizará la información obtenida en este proceso de certificación para la prestación de servicios de transporte.

PARTE I--para ser completada por *el solicitante (por favor imprima o escriba)*

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección de domicilio		Número de apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono del domicilio	Teléfono del trabajo	Número de seguro social	Fecha de nacimiento

\*\*\*\*\*

PARTE II – responda a todas las preguntas siguientes.

- ¿Puede embarcar y desembarcar de un transporte de Citibus *sin* ascensor de silla de ruedas y sin la asistencia de alguien más?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Si su respuesta fue no, por favor, explique: \_\_\_\_\_
- ¿Es capaz de embarcar y desembarcar de un transporte de Citibus *con* ascensor de silla de ruedas sin la ayuda de alguien más?  
Sí \_\_\_ No \_\_\_  
Si su respuesta fue no, por favor, explique: \_\_\_\_\_

3. ¿Puede llegar a la parada de autobús más cercana?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si su respuesta fue no, por favor, explique: \_\_\_\_\_  
 Ubicación de la parada de bus: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánta es la distancia de su residencia a la parada? \_\_\_\_\_
4. ¿Actualmente utiliza los servicios de Citibus?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué rutas? \_\_\_\_\_
5. ¿Puede manejar dinero y transferencias?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si su respuesta fue no, por favor, explique: \_\_\_\_\_
6. ¿Puede usar barandas y manijas?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si su respuesta fue no, por favor, explique: \_\_\_\_\_
7. ¿Puede mantener el equilibrio mientras está sentado en un autobús en movimiento?  
 Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. ¿Puede entender los horarios de los autobuses?      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Entender y seguir instrucciones?                      Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Procesar información para viajar en Citibus?        Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
9. Si usted puede utilizar un autobús equipado con ascensor, actualmente no puede utilizar el servicio porque:  
 \_\_\_\_\_ la(s) ruta(s) en la que deseo viajar no cuenta autobuses equipados con ascensor  
 \_\_\_\_\_ El ascensor no puede ser utilizado en las paradas de autobús donde necesito embarcar  
 \_\_\_\_\_ Mi silla de ruedas no se puede acomodar en un vehículo de tránsito  
 \_\_\_\_\_ Otras razones. Por favor, explique: \_\_\_\_\_
10. ¿Se le impide viajar hacia o desde un lugar a la parada de autobús por una o más de las siguientes razones?  
 \_\_\_\_\_ Debido al ruta que tengo que recorrer para llegar  
 \_\_\_\_\_ Sensibilidad a las condiciones climáticas  
 \_\_\_\_\_ Alergias/sensibilidad ambiental  
 \_\_\_\_\_ Hiper-fatiga, fragilidad  
 \_\_\_\_\_ ceguera nocturna  
 \_\_\_\_\_ incapacidad de cruzar intersecciones ocupadas  
 \_\_\_\_\_ incapacidad de subir las gradas de los autobuses (3 gradas de 10 pulgadas)

\_\_\_\_\_ La parada de autobús está muy alejada  
\_\_\_\_\_ Otras razones. Por favor, explique: \_\_\_\_\_

11. ¿Es capaz de realizar las siguientes funciones sin supervisión?  
a) Encontrar su camino entre ubicaciones familiares?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ sí, con práctica \_\_\_\_\_  
b) Indicar al conductor del autobús cuál es su parada y bajar del autobús en esa parada?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ sí, con práctica \_\_\_\_\_  
c) En una parada de autobús servida por más de una ruta de autobús, ¿puede distinguir el autobús correcto para embarcar e indicar su intención de embarcar?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ sí, con práctica \_\_\_\_\_
12. ¿Es capaz de realizar las siguientes funciones sin la ayuda de otra persona?  
\_\_\_\_\_ Recorrer una distancia 200 pies (la longitud de un bloque de la ciudad)  
\_\_\_\_\_ Recorrer 1/4 de milla (la longitud de 3 bloques de la ciudad)  
\_\_\_\_\_ ¿Cuál es la distancia máxima que puede recorrer para llegar a una parada de autobús?
13. Su capacidad para llegar de un lugar a otro está afectada por:  
\_\_\_\_\_ El terreno, tales como colinas empinadas, no hay aceras/pasarelas peatonales, u otras condiciones  
\_\_\_\_\_ La lluvia, la nieve, el hielo  
\_\_\_\_\_ Las temperaturas extremas de calor, frío y viento
14. ¿Puedes esperar 10 minutos al aire libre?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_  
Si no, por favor explique \_\_\_\_\_
15. ¿Tiene problemas cuando está de pie por más de 15 minutos?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ A veces \_\_\_\_\_  
Si respondió Sí, por favor explique \_\_\_\_\_
16. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando se siente bien de salud?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
17. ¿Su discapacidad le permite usar el autobús cuando *no* se siente bien de salud?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
18. ¿Hay aceras en tu residencia?  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

19. ¿Cómo describirías el terreno donde vives? (Colina muy empinada, colina no tan empinada, terreno plano, etc.)

---

---

20. ¿Eres capaz de cruzar la calle o una intersección ocupada por ti mismo?

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Si la respuesta fue Sí ¿bajo qué circunstancias?

---

---

21. ¿Alguna vez ha recibido capacitación de viajes para rutas o destinos?

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿Qué aprendiste?

---

---

22. Si el entrenamiento de viajes estuviera disponible, ¿estarías interesado en participar?

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

23. Lista tres de sus destinos más frecuentes, y ¿cómo llega allí?

Destino o dirección	frecuencia de viaje	¿Cómo llega ahí ahora?
---------------------	---------------------	------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

24. ¿Hay lugares a los que te gustaría ir a los que *no* puedes llegar ahora?

Destino o dirección	frecuencia de viaje	¿Barrera?
---------------------	---------------------	-----------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

25. ¿Cómo se ha enterado del servicio de CitiAccess?

---

---

\*\*\*\*\*

PARTE III – Las preguntas en esta sección están diseñadas para darnos una mejor comprensión de sus opiniones sobre ciertos aspectos del servicio de bus de ruta fija accesible. Por favor, Lea cada pregunta cuidadosamente y marque el número que indica si está de acuerdo, en desacuerdo o no está seguro.

	De acuerdo	En desacuerdo	No esto seguro/a
1. El sistema de autobuses es demasiado complicado para mi	1	2	3
2. He oído buenas historias sobre el servicio Citibus de otras personas.	1	2	3
3. No estoy en absoluto interesado en el servicio de transporte para mí.	1	2	3
4. Tengo que tener un asiento en el autobús y temo no encontrar uno.	1	2	3
5. Todo el mundo en el autobús se incomodará ya que me lleva más tiempo embarcar y la gente se enfadará.	1	2	3
6. Subir al autobús me hace más vulnerable al crimen y temo por mi seguridad.	1	2	3
7. Creo que mi vecindario tiene un buen servicio de autobús	1	2	3
8. Temo bajarme en la parada equivocada.	1	2	3
9. Llegar a mi destino a tiempo no es importante para mi	1	2	3
10. Las bajas tarifas de Citibus en comparación con las de CitiAccess, son un incentivo para transportarme en el autobús.	1	2	3
11. Tomar mis viajes en autobús me llevaría demasiado tiempo	1	2	3
12. Necesito ayuda para sujetar mi silla de ruedas y no creo que el operador del Citibus me vaya a ayudar.	1	2	3

13. Tendría que levantarme temprano en la mañana para usar el bus y eso sería un problema. 1 2 3

14. Si el autobús se mueve antes de que me siente temo que me podría caer. 1 2 3

\*\*\*\*\*

PARTE IV – por favor elija a alguien que no se va a transportar con usted.

**En caso de emergencia notificar a:**

Nombre Relación

Teléfono del domicilio Teléfono del trabajo

Dirección Ciudad Estado Código postal

Por favor, indique a continuación si el solicitante puede ser dejado solo en su destino

\_\_\_ El solicitante puede dejarse solo en el lugar de destino

\_\_\_ El solicitante no puede dejarse solo en el destino

\*\*\*\*\*

PARTE V – por favor conteste las siguientes preguntas.

Comprendo mis derechos y responsabilidades con el servicio CitiAccess y son:

1. CitiAccess es un transporte público y estaré compartiendo mis viajes con otros pasajeros.....

2. CitiAccess no ofrece servicios de emergencia.....

3. Debo mostrar mi tarjeta de identificación de CitiAccess y pagar la tarifa cada vez que viajo .....





Comentarios:

---

---

---

---

---

**Estimado proveedor de atención médica:**

La ley de estadounidenses para discapacidades y sus regulaciones federales de aplicación establecieron categorías de personas que son elegibles para recibir servicios de paratransito complementarios a los servicios de autobuses de ruta fija. Las tres categorías de personas con derecho a un paratransito complementario son:

1. Las personas que, debido a su discapacidad, no pueden embarcar y/o desembarcar de forma independiente de un vehículo accesible.
2. Las personas que, debido a su discapacidad, no pueden utilizar vehículos sin ascensores u otros servicios.
3. Las personas que, debido a su discapacidad, no pueden llegar al lugar de embarque o desembarque.

Cualquier persona puede ser certificada como elegible por ADA paratransito si no puede usar los servicios de transito debido a su discapacidad. Las personas no deben ser calificadas o descalificadas con base a un diagnóstico o discapacidad específicos.

La información que se le solicite en las siguientes páginas permitirá a CitiAccess obtener la información necesaria para establecer la elegibilidad del solicitante. Gracias por su ayuda.

PARTE VI--para ser completada por un proveedor de atención médica adecuado  
(Por favor imprima o escriba)

Por favor marque la opción que le aplique:

- Médico  
 Proveedor de atención médica autorizado  
 Proveedor de servicios de rehabilitación autorizado o  
trabajador social

Nombre del solicitante

\_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
----------	--------	----------------------------

Diagnóstico médico de la discapacidad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿La condición es permanente?

Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

si la respuesta fue no, duración prevista de la discapacidad: \_\_\_\_\_

¿Esta discapacidad impide que el solicitante utilice los servicios de rutas fijas (servicio regular de autobuses)? En caso afirmativo, por favor, responda a detalle.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

PARTE VII – responda a las preguntas siguientes.

La siguiente información se utilizará para garantizar que se envíe un vehículo apropiado para proporcionar el transporte y que CitiAccess pueda realizar un análisis preciso de las solicitudes de viaje del solicitante.

¿El solicitante presenta alguna de las siguientes ayudas para facilitar su movilidad?  
(Marque todas las que correspondan)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón                       | <input type="checkbox"/> Silla eléctrica                    | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación        |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco                | <input type="checkbox"/> Silla eléctrica de gran tamaño     | <input type="checkbox"/> Animal de servicio             |
| <input type="checkbox"/> Andador                      | <input type="checkbox"/> Scooter eléctrico                  | <input type="checkbox"/> Suministro de oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Muletas                      | <input type="checkbox"/> Silla manual                       | <input type="checkbox"/> Asistente personal             |
| <input type="checkbox"/> Órtesis de miembros inferior | <input type="checkbox"/> Tarjetas y pizarra de comunicación |   |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____                 |   |   |

Por favor, indique a continuación si el solicitante puede ser dejado solo

- El solicitante puede ser dejado solo       El solicitante no puede dejarse solo

¿El solicitante puede caminar o ir en silla de ruedas 1/4 milla (3 bloques) sin la ayuda de otra persona?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

1. ¿El solicitante puede subir tres gradas de 10 pulgadas con ayuda?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

2. ¿El solicitante puede esperar afuera sin ayuda durante 15 minutos?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

3. ¿El solicitante se encuentra en tratamiento de diálisis?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

4. ¿El solicitante presenta una deficiencia auditiva?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

5. ¿Es el solicitante capaz de dar direcciones y números de teléfono?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

6. ¿El solicitante puede reconocer un destino o lugares importantes?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
7. ¿Es el solicitante capaz de lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
8. ¿Es el solicitante capaz de pedir, entender y seguir instrucciones?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
9. ¿Puede el solicitante viajar individualmente de manera segura y efectiva a través de instalaciones llenas de gente y/o complejas?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

**\*\* Si el solicitante tiene una deficiencia visual:**

Agudeza visual (Incluyendo tratamiento)      Ojo derecho \_\_\_\_      Ojo izquierdo\_\_\_\_  
Ambos ojos \_\_\_\_\_

Campos visuales:      Ojo derecho \_\_\_\_      Ojo Izquierdo\_\_\_\_  
Ambos ojos \_\_\_\_\_

Describa cualquier otra discapacidad o efecto que impida que el solicitante utilice el servicio regular de autobuses.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**PARTE VIII**

Con base a mi conocimiento profesional sobre el solicitante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Nombre del proveedor de atención médica (por favor imprima)      número de teléfono de la oficina

Dirección      Ciudad      Estado      Código postal

Número de licencia del estado (completo si corresponde - debe estar vigente)

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_