



Proceso de Solicitud del Servicio del Paratransito /ADA del Área de Kingsport

El proceso para evaluar la elegibilidad del Paratransito ADA, incluye una solicitud de papel que se rellena y entonces la solicitud original es enviada o entregada a la oficina del Tránsito de KATS. La información proporcionada en la solicitud de papel asistirá a KATS en determinar la elegibilidad del solicitante para el servicio del Paratransito/ADA. Una detallada descripción del proceso sugerido es proporcionada a continuación:

Instrucciones de la Solicitud

- Paso 1.** Obtener el formulario de solicitud y material informativo para solicitar el servicio que está disponible en la Oficina del Tránsito o en línea al www.kingsporttransit.org
- Paso 2.** Los solicitantes, o si alguien está asistiéndole, debe rellenar el formulario de solicitud completamente (Sección 1- 5) y entonces llevarlo a su médico o Profesional del Cuidado de Salud que está familiarizado con su discapacidad. Luego de lo cual, las porciones adicionales de la solicitud deben ser completadas (**Sección 6 debe ser completada por un doctor o enfermera**)
- Paso 3.** Presente la solicitud llena y complete ante la Oficina del Tránsito de KATS en el 109 Clay Street, Kingsport, TN 37660. Solamente las copias de las solicitudes originales que sean presentadas con todas las secciones completas e intactas serán revisadas para la elegibilidad.
- Paso 4.** La oficina del tránsito de KATS revisará las solicitudes para determinar el estatus de elegibilidad del solicitante. Conforme a la Ley Federal del Tránsito **49 CFR 37.121-125** KATS tiene (21) veintiún días para procesar una solicitud para el Servicio Paratransito / ADA a partir del día de entrega para determinar si un solicitante es elegible para el servicio.
- Paso 5.** A la determinación de elegibilidad, KATS le enviará por correo una carta a la dirección conocida del solicitante en la solicitud que determina la elegibilidad del Servicio del Paratransito / ADA.

Nota:

Conforme a la Ley Federal del Tránsito **49 CFR 37.121-125** KATS facilitará a cualquiera que le ha sido negado el servicio el derecho a apelar la determinación. Todas las apelaciones serán presentadas dentro de sesenta y cinco (65) días de la fecha de la carta de notificación a un individuo que se ha determinado ilegible para el Servicio del Paratransito / ADA. Una petición escrita con firma y fecha debe rellenarse en la oficina de KATS incluyendo los motivos y razones para la apelación.

El apelante, o un representante de su elección, tendrán la oportunidad de ser escuchado y presentar información y argumentos en apoyo de su posición al oficial de audiencia. La audiencia será informal y no se aplicarán las reglas administrativas o procedimientos civiles o las reglas de evidencia; sin embargo, todos los testigos testificarán bajo juramento o afirmación y el procedimiento será registrado.

Una resolución escrita de la decisión sobre la apelación, incluyendo las razones de tal decisión, será remitida al apelante dentro de treinta (30) días de la finalización del proceso de apelaciones. Si no se toma una decisión dentro de (30) días, se le proveerá al apelante con los servicios del Paratransito/ADA hasta y a menos que una decisión de negar la apelación se emita.

Normas del Paratrásito / ADA de KATS

Lo siguiente es una lista de normas y procedimientos que han sido adoptados por el Servicio de Tránsito del Área de Kingsport que los clientes de KATS deben adherirse con el fin de utilizar el Servicio de Paratrásito/ADA. Por favor note, que las normas y procedimientos están sujetos a cambios.

El Servicio del Paratrásito / ADA de KATS es un servicio de transporte de origen-a-destinación que es disponible a aquellos individuos quienes son **Certificados** del **Paratrásito/ ADA** y residen en los Límites de la Ciudad de Kingsport. Los Individuos pueden ser elegibles si tienen una discapacidad o condición relativa a la salud, la cual les previene abordar, viajar y/o desembarcar independientemente de un autobús accesible de ruta-fija del tránsito o tienen una condición específica de discapacidad-relacionada que les previene viajar a, o desde una localización de embarque o desembarque.

- **Solicitud para la Elegibilidad del Paratrásito /ADA:** Las solicitudes están disponibles en las oficinas del tránsito de KATS. Las solicitudes del Paratrásito/ADA deberán ser rellenas completamente con el fin de determinar que el solicitante es elegible. Las solicitudes serán examinadas y una decisión hecha dentro de 21 días del envío. Si una determinación no se ha hecho en dicho tiempo y no se le ha notificado por correo el solicitante se presume elegible y el servicio le será proporcionado a menos que la solicitud le sea denegada más tarde.
- **Reservación de Viaje/ Horas de Operación:** El Servicio del Paratrásito de KATS es un servicio al día siguiente que requiere reservaciones hechas un (1) día por adelantado del deseado viaje y deben hacerse llamando al 423-224-2613. Las reservaciones pueden hacerse durante las horas regulares de oficina de 8:00 am y 5:00 pm, de domingo a viernes. En conformidad con las regulaciones del FTA, KATS tiene hasta una (1) hora antes o una (1) hora después de su viaje deseado para negociar la hora fija para transportarlo(a). Los viajes pueden programarse hasta con 14 días por adelantado, la última llamada para viajes de regreso a casa o “también conocidos como llamaré viajes” necesitan hacerse antes de las 5:00 pm sin excepciones.
- **Preparación para el Viaje:** Los clientes de ADA deben estar disponibles para recoger 30 minutos antes de su hora de recogida o se les puede requerir esperar hasta 30 minutos después de su hora programada. Por ejemplo, si tiene una cita a las 9 am usted debe programar su viaje con KATS un mínimo de treinta minutos antes de su cita. Tras arribar el vehículo de KATS a la dirección conocida del cliente, el conductor esperará hasta 5 minutos y entonces partirá registrándolo como un viaje Ausente. Recuerde que es su responsabilidad vigilar por el vehículo de KATS.
- **Servicio de Bordillo-a-Bordillo:** El servicio del Paratrásito/ADA es un servicio de bordillo-a-bordillo (origen-a-destinación). Los conductores no están permitidos llegar a ninguna puerta de nuestros clientes para notificarles de su viaje. Los conductores tienen permiso para asistir a los pasajeros a subir y bajar del vehículo y asegurar sus dispositivos de movilidad.
- **Viajes Ausentes:** Ausente, son viajes que han sido programados para recoger en una dirección conocida de un cliente cuando el pasajero elegible no se encuentra con el vehículo de KATS en el bordillo/cuadra en el marco de tiempo asignado. Si no se encuentra con el vehículo de KATS según previsto, usted puede ser requerido de pagar una multa de “AUSENTE” según la tarifa de viaje. Si una multa se aplica, todos sus viajes serán automáticamente cancelados hasta que la multa sea pagada en la Oficina de Tránsito de KATS, 109 Clay Street, Kingsport, TN 37660. Tres (3) viajes Ausentes dentro del plazo de un sólo mes resultarán en la suspensión de servicio del Paratrásito de KATS por el periodo de un (1) mes comenzando con el tercer viaje Ausente.

Por favor no lo envíe con la Solicitud

Cancelaciones de Viajes Programados: Los clientes que tengan un viaje programado y desean cancelarlo deben comunicarse con KATS al 224-2613, una (1) hora antes de la hora programada de recogida a fin de cancelar el viaje. Cualquier viaje no cancelado una (1) hora antes de la hora programada de recogida será considerado un viaje-Ausente.

- **Tarifa del Paratrásito/ADA:** Los Clientes elegibles del Paratrásito deberán pagar \$2.00 por cada recorrido por los viajes programados que están dentro de las $\frac{3}{4}$ de millas de la zona designada del Paratrásito. El cambio exacto o los Boletos de ADA son requeridos y deben pagarse al subirse al servicio. Cualquier viaje programado fuera de las $\frac{3}{4}$ de millas de la zona del Paratrásito le requerirá pagar un cargo de zona basado en la localización del deseado viaje. Los cargos por zona varían, por lo tanto, le aconsejamos consultar con el despachador cuando planifique su viaje para determinar la tarifa apropiada.
- **Llevar Bolsas:** Los pasajeros sólo pueden llevar “2 bolsas”. Si hace compras y tiene más de dos bolsas, por favor haga otros arreglos para regresar a casa. Por ejemplo, usted puede utilizar a KATS para llevarlo a la tienda para comprar y entonces llamar a un taxi o amigo para su viaje de regreso si tiene varias bolsas de comestibles. Ninguna mascota de cualquier clase se le permite viajar con KATS.
- **Cuando se requiere Accesibilidad Adicional:** Personas impedidas severamente de movilidad podrán requerir asistencia de un Asistente de Cuidado Personal (PCA, siglas en inglés). Se le requiere llenar una solicitud si necesita de un PCA e identificar todos los PCA que viajan con usted. Si sus necesidades han cambiado desde que calificó como elegible para el servicio del Paratrásito quizás se le requiera recertificarse. Los PCA usarán el servicio de KATS sin costo alguno. Un compañero adicional puede acompañar al cliente elegible en un viaje programado si hay espacio en el vehículo disponible, pero debe pagar la tarifa regular completa por el servicio y tener el mismo origen-destinación.
- **Norma de Suspensión:**
Tres (3) viajes-Ausentes dentro del periodo de un mes resultarán en la suspensión de su servicio del Paratrásito de KATS por el período de un (1) mes comenzando con la fecha del tercer viaje-Ausente. Los clientes están requeridos a pagar por el uso del servicio. Cualquier pasajero que se rehúse a pagar o no pague por el servicio al tiempo de abordar, le será prohibido el uso del servicio del tránsito de KATS. El servicio podrá ser negado a cualquiera cuyo comportamiento o higiene se considere peligroso para la seguridad del viaje o esté usando lenguaje profano o haciendo ruido excesivo.

Otras cosas para recordar cuando utilice el servicio del Paratrásito de KATS:

- **El uso de productos de tabaco, alimentos abiertos, o contenedores de bebida abiertos no serán permitidos en el vehículo de KATS en ningún momento.**
- **Todos los dispositivos de movilidad deben ser asegurados apropiadamente a fin de ser transportados por KATS. Los clientes de KATS deben mantener sus dispositivos de movilidad limpios e higiénicos a fin de utilizar el servicio de KATS.**
- **Usted debe tener el cambio correcto o los boletos para viajar en el servicio de KATS y pagar al conductor al ser recogido o al abordar el vehículo. Los conductores no pueden realizar cambios o llevarle a una localización no programada para hacer cambios.**
- **Las recogidas en las clínicas o agencias serán establecidas en base a “Llamaré” significando que el cliente volverá llamar al (423) 224-2613 por un viaje de regreso. Cualquier viaje “Llamaré” programado con anterioridad será establecido como una recogida programada sin disponibilidad de negociación de hora.**



Solicitud del Paratránsito / KATS ADA

Por favor conteste **todas** las preguntas cuidadosamente. Formularios incompletos le serán devueltos, lo cual demorará el proceso de su solicitud. Toda información será mantenida confidencial. Solamente la información requerida para determinar su elegibilidad para el Paratránsito o para proveerle servicios de transporte serán divulgados a los individuos que lleven a cabo esos servicios. Por favor envíe la copia original.

Si tiene preguntas o necesita asistencia completando este formulario, llame a KATS al: (423) 224-2613. Usuarios con Deficiencia-Auditiva pueden contactar a KATS a través del Centro de Tennessee Relay Ctr., llamando al:

711 o (800) 848 – 0298 (w. TDD Aparato)
711 o (800) 848 – 0298 (Llamadores Auditivos)

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Apicante: _____

Dirección: _____ Apartamento/Edificio #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ (Circule Una) Fecha de
Género: Hombre o Mujer Nacimiento: _____

Si alguien le asistió a completar este formulario, por favor identifíquelos a continuación:

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Necesita tener información y material que le sea entregado en cualquiera de las siguientes formas? (marque todas las que aplican)

Letra grande Braille
 Otro: _____ No, por favor continuar

Por favor denos el nombre y el número de teléfono de alguien a quien podamos llamar en una emergencia.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación: _____

SECCIÓN 2. CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Por favor indique abajo las razones del por qué está buscando la elegibilidad del Paratrásito ADA (marque todas las que aplican):

- Puedo utilizar los autobuses de rutas fijas de KATS para ir a algunos lugares, pero en otros lugares no puedo llegar a, o desde las paradas del autobús.
- A veces puedo utilizar los autobuses de KATS, pero solamente si están equipados con ascensores para sillas de ruedas.
- Debido a mi discapacidad, nunca puedo utilizar el servicio de ruta fija de autobuses de KATS.

Entiendo que el propósito de este formulario de evaluación es para determinar si hay ocasiones cuando no puedo utilizar el servicio de autobús de ruta fija proporcionado por el Servicio del Tránsito del Área de Kingsport y deba por lo tanto, utilizar el servicio de la Furgoneta del Paratrásito / ADA. Entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y compartida sólo con los profesionales envueltos en evaluar mi elegibilidad. Certifico, a lo mejor de mi conocimiento, que la información del formulario es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa podría resultar en que mi estatus de elegibilidad pudiera ser re-examinado así como otras acciones por el Servicio de Transito del Área de Kingsport. Si el solicitantes no puede firmar este documento por favor haga firmar la Carta Poder y adjunte una copia completa del documento legal que los especifica como P.O.A. con la presentación de la solicitud.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

SECCIÓN 3. INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidades le impiden de utilizar el servicio de autobús de ruta fija. (Marque todas las que aplican)?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Discapacidad física | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual/ceguera |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental | <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Ninguno |

Por favor describa la discapacidad en más detalles: _____

2. ¿Es la discapacidad descrita arriba temporaria o permanente?

- Temporaria, espero que dure por otros _____ meses
- Permanente
- No lo sé

3. Por favor indique abajo si usted usa cualquiera de las siguientes ayudas mobiliarias o equipos.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo | <input type="checkbox"/> Apoyadores de pierna |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Caminador | <input type="checkbox"/> Tablero visual |
| <input type="checkbox"/> Tablero alfabético | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas/motorizada |
| <input type="checkbox"/> Patineta de motor | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio (describa) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> No uso ninguno de los auxiliares o equipo mencionado arriba | | |

4. Si usted utiliza una silla de ruedas/patineta:

a. ¿Cuál es el peso combinado de usted y su silla de rueda/patineta?

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> abajo de 200 Lbs | <input type="checkbox"/> 200-400 Lbs |
| <input type="checkbox"/> 400-600 Lbs | <input type="checkbox"/> 600-800 Lbs |
| <input type="checkbox"/> arriba de 800 Lbs | |

b. ¿Cuales son las dimensiones totales (pulgadas de largo y ancho) de su silla de rueda/patineta?

_____ pulgadas, largo _____ pulgadas, ancho

Aviso: Puede que no lo podamos acomodar si su silla de ruedas/patineta es más larga de 48 pulgadas o más ancha de 32 pulgadas o si el peso combinado de usted y de su silla de ruedas/patineta es mas de 700 Lbs.

5. ¿Requiere la asistencia de un (PCA, siglas en inglés) Asistente de Cuidado Personal (alguien quien le asista con las funciones de la vida cotidiana)?

_____ SI, necesito asistencia cuando viajo con:

- | | | |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> movilidad | <input type="checkbox"/> lectura | <input type="checkbox"/> comiendo |
| <input type="checkbox"/> transferencias | <input type="checkbox"/> medicación | <input type="checkbox"/> otro: _____ |

_____ NO

6. Por favor nombre todos los Asistentes de Cuidado Personal (PCA) que puedan viajar con usted: (Sólo los PCA en esta lista podrán ser permitidos a acompañar al solicitante)

7. ¿Tiene una condición médica la cual le previene permanecer sentado en un autobús/van de KATS del Paratránsito hasta por una hora?

_____ NO _____ SI

Si es si, por favor describa su condición y declare cuánto podría permanecer sentado en un vehículo de KATS del Paratránsito: _____

17. ¿Hay algunas otras condiciones que limitan su capacidad para utilizar los autobuses de ruta fija de KATS?

___ SI (por favor describa abajo): _____

___ NO

SECCIÓN 5. INFORMACION DE VIAJES ACTUAL

18. Por favor enumere los tres viajes que hará **más frecuentemente** usando el servicio del Paratránsito. (Aviso: Usted no será limitado(a) a hacer viajes a estos lugares).

MUESTRA	
<u>Desde (Dirección)</u>	<u>A (Lugar y Dirección)</u>
<u>142 University Drive</u>	<u>Main Post Office, 530 E. Main Street</u>

- | | <u>Desde (Dirección)</u> | <u>A (Lugar y Dirección)</u> |
|----|--------------------------|------------------------------|
| 1. | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |

Sección 5 - Cont.

Autorización Médica del Aplicante

Yo autorizo al profesional siguiente a dar al Servicio del Tránsito del Área de Kingsport información sobre mi discapacidad y su efecto en mi habilidad para viajar que puede ser necesaria en relación con mi solicitud de certificación de elegibilidad para el Paratránsito. Es mi entendimiento que la información entregada será utilizada únicamente para determinar mi elegibilidad al Paratránsito ADA. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que revocado anteriormente éste formulario permitirá al profesional enumerado dar información descrita hasta 60 días después de la fecha que aparece abajo:

Nombre del Profesional Médico _____
Dirección: _____
Ciudad/Pueblo _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Teléfono _____

También entiendo que la Ciudad de Kingsport mantendrá seguridad sobre cualquier información de salud protegida conforme a los requisitos del HIPAA (siglas en inglés).

Nombre del Apicante _____

Firma del Apicante: _____ Fecha: _____

ESTO COMPLETA LA PORCIÓN DE LA SOLICITUD DEL SOLICITANTE.

SECCIÓN 6. PARA SER COMPLETADO ÚNICAMENTE POR UN MÉDICO O ENFERMERA

SOLICITUD DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

El Acta para los Norteamericanos con Discapacidades del 1990 (ADA), modificado, requiere que el Servicio del Tránsito del Área de Kingsport (KATS) "Paratránsito" (es decir furgoneta con ascensor-equipado) provea servicio a cualquier persona con una discapacidad y quien no pueda utilizar autobuses de ruta-fija de KATS estándar y quien está viajando en el área de servicio de KATS. El solicitante quien le ha pedido revisar y firmar este formulario está aplicando para KATS para ser considerado elegible para el servicio del Paratránsito/ADA. El servicio del Paratránsito/ADA está destinado solamente para esos viajes que la persona no puede hacer en el sistema de autobuses de ruta fija.

Esta forma de verificación pretende asistir al KATS en la determinación de cuándo y bajo qué circunstancia el solicitante puede utilizar los autobuses ruta-fija de KATS y cuándo requieren el servicio del Paratránsito. La información de verificación proporcionada aquí no será una determinación final de elegibilidad del solicitante del Paratránsito.

Capacidad en la cual usted conoce al solicitante: _____

Diagnóstico médico de condición causando la discapacidad: _____

¿Es la condición temporaria?

NO Si Duración prevista hasta: (dd/mm/yy)

Si la persona tiene una discapacidad que afecta la movilidad:

Es la persona:

¿Capaz de caminar 200 pies sin ayuda?

SI NO A veces (por favor explique): _____

¿Capaz de caminar ¼ de milla sin ayuda?

SI NO A veces (por favor explique): _____

¿Capaz de caminar ¾ de milla sin ayuda?

SI NO A veces (por favor explique): _____

¿Capaz de subir tres peldaños de 12 pulgadas sin ayuda?

SI NO A veces (por favor explique): _____

¿Capaz de esperar fuera sin soporte hasta 30 minutos?

SI NO A veces (por favor explique): _____

¿Capaz de esperar fuera hasta 30 minutos si una banca es proporcionada?

SI NO A veces (por favor explique): _____

¿Utiliza esta persona cualquier ayuda de movilidad (caminador, silla de rueda, bastón, servicio de animal, etc.)?

SI NO ¿De ser así, qué? _____

Si la persona tiene una discapacidad visual:

Agudeza Visual con Corrección Mejor en:

Ojo Derecho Ojo Izquierdo Ambos Ojos

Campo Visual:

Ojo Derecho Ojo Izquierdo Ambos Ojos

Si la persona tiene una discapacidad cognitiva:

¿Es la persona capaz de?:

¿Dar direcciones y número de teléfonos a petición?

SI NO

¿Reconocer una destinación o señal?

SI NO

¿Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados de rutina?

SI NO

¿Pedir, entender, y seguir direcciones?

SI NO

¿Viajar con seguridad y efectividad a través de instalaciones abarrotadas y/o complejas?

SI _____ NO _____

¿Si un Entrenamiento de Viaje fuera proporcionado por KATS, podría esta persona aprender a viajar los autobuses de ruta fija de KATS en lugar del servicio del Paratránsito/ADA?

SI _____ NO _____

Necesidad de un Asistente de Cuidado Personal:

¿Requiere el individuo de un Asistente Personal de Cuidado al viajar, usando el tránsito?

SI _____ NO _____

Por favor Note: Los individuos diagnosticados con cualquier nivel de discapacidad cognitiva tales como la Demencia o Alzheimer pueden ser clasificados con Elegibilidad Condicional con las condiciones que las requieran de ser transportados con un Asistente de Cuidado Personal por razones de seguridad.

¿En su opinión profesional, es esta persona elegible o tiene una necesidad de un Servicio de transporte especializado:

SI _____ NO _____

Por favor describa cualquier otra influencia de la discapacidad del cual el Tránsito debiera de estar consciente:

Nombre de la Oficina: _____

Dirección de la Oficina: _____

Número Telefónico de la Oficina: _____

Su Nombre: (por favor mecanografe o imprima) _____

Firma Original: _____ Fecha: _____

POR FAVOR NOTE: TODAS LAS APLICACIONES DEBEN SER COMPLETAMENTE LLENAS Y ENVIADAS POR CORREO O ENTREGADAS CON TODAS LAS SECCIONES ORIGINALES JUNTAS ANTES DE SER REVISADAS PARA SU ELEGIBILIDAD DEL PARATRÁNSITO/ADA.

Gracias