



---

**Correo electrónico: [paratransit@sacrt.com](mailto:paratransit@sacrt.com)**

Este paquete incluye la información y los formularios que necesita para solicitar el servicio de paratransito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) en el condado de Sacramento. El servicio de paratransito de la ADA es obligatorio para todos los sistemas de transporte público, y está diseñado como una red de seguridad para las personas que no pueden utilizar el autobús o el tren ligero normales por sí mismas, en parte o en todo momento, debido a afecciones relacionadas con la salud.

Muchas personas discapacitadas utilizan los autobuses y trenes ligeros de Sacramento Regional Transit (SacRT). Todos los solicitantes del servicio de paratransito SacRT de la ADA deben cumplir los requisitos federales de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El factor determinante es la capacidad funcional del solicitante para utilizar autobuses y trenes ligeros accesibles. El costo del paratransito de la ADA es de **\$5.00** por viaje (o \$10 ida y vuelta), *sujeto a cambios*. Todos los clientes que cumplan los requisitos de la ADA deben pagar la tarifa; no hay descuentos de paratransito SacRT de la ADA basados en los ingresos.

**Para ser elegible para los servicios de paratransito SacRT GO ADA, una o más de las siguientes afirmaciones deben ser verdaderas:**

- Una discapacidad le impide desplazarse de forma autónoma a una parada de autobús.
- Una discapacidad le impide subir, bajar y viajar de forma independiente en un autobús de ruta fija (SacRT).
- Una discapacidad le impide reconocer de forma independiente las paradas de autobús correctas y los puntos de referencia clave.

### **Etapas del proceso de elegibilidad**

---

1. Lea el folleto de elegibilidad.
2. Complete todas las preguntas de la solicitud de paratransito de la ADA que sigue a esta página.
3. Presente su solicitud a su médico, u otro profesional, para que complete la sección de verificación profesional.
4. Envíe su solicitud firmada y completa y el formulario de verificación profesional a:

**Sacramento Regional Transit District, Accessible Services**

**PO Box 2110**

**Sacramento, CA 95812-2110**

***La solicitud también puede enviarse por fax al 916-455-3924 o entregarse en***

**1221 R St., Sacramento, CA 95811**

- 5. Es posible que se le pida que asista a una entrevista en persona. Su elegibilidad se determinará en un plazo de 21 días a partir de la fecha en que finalice la entrevista y la posible evaluación funcional. Su estado de elegibilidad se le notificará por carta.**
- 6. Si no recibe una notificación por escrito de la decisión de SacRT en un plazo de 21 días a partir de la finalización del proceso (que puede requerir una entrevista en persona), puede solicitar el servicio de paratransito de la ADA hasta que se haya tomado una decisión llamando al (916) 321-2877, Opción 2, luego Opción 1 o 711 para personas con discapacidad auditiva.**

**Una solicitud incompleta será devuelta y retrasará la tramitación.**

**TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN RESPONDERSE Y SER LEGIBLES.**

---

**Retire esta página antes de enviarla por correo.**

# Solicitud de elegibilidad para el servicio de paratransito de la ADA

Complete **TODAS** las secciones de este formulario. **Las solicitudes que estén incompletas se devolverán.** La información que proporcione ayudará a determinar qué tipo de servicio de transporte es el adecuado para usted. Toda la información se mantendrá confidencial. Utilice solo bolígrafo negro o azul. Es posible que se requieran gastos de envío adicionales.

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (EN LETRA DE IMPRENTA)

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_ Nro. de departamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

TTY para personas con discapacidad auditiva \_\_\_\_\_  
(si corresponde)

Dirección particular \_\_\_\_\_

(si es diferente de la dirección postal)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Cruce de calles \_\_\_\_\_

Nombre del establecimiento/de los departamentos \_\_\_\_\_ Código de acceso: \_\_\_\_\_  
(si corresponde) (si corresponde)

Dirección de correo electrónico (si está disponible) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Día Año

Sexo:  Masculino  Femenino

Nueva solicitud      o       Recertificación

**Por favor, envíeme información escrita en un formato alternativo.**

Letra grande     Cinta de audio     Braille     CD     Otro: \_\_\_\_\_

Español(Spanish)     中文(Chinese)     Русский(Russian)     tiếng Việt(Vietnamese)

Hmoob(Hmong)

**Por favor, facilite el nombre de un familiar/amigo LOCAL en caso de emergencia:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (celular) \_\_\_\_\_

## Área de servicio del Distrito de Tránsito Regional de Sacramento

El área de servicio de paratransito de SacRT GO de la ADA está diseñada para ser “comparable” con los servicios de autobús de recorrido fijo y tren ligero de SacRT, para lo cual se brinda el servicio hacia destinos ubicados en un radio de  $\frac{3}{4}$  de milla de distancia de los recorridos de los autobuses o de las estaciones de tren ligero de SacRT durante los horarios de servicio regulares. Esto incluye áreas dentro de Antelope, Elverta, Carmichael, Citrus Heights, Fair Oaks, Folsom, North Highlands, Orangevale, Rancho Cordova, Rio Linda, Sacramento y áreas no incorporadas del Condado de Sacramento. El servicio de paratransito SacRT E-van llega hasta Elk Grove. El servicio de paratransito SacRT GO no va a West Sacramento ni a Roseville, con las siguientes excepciones:

**Roseville:** SacRT GO puede transportar pasajeros que viven en Citrus Heights a las instalaciones de Kaiser Permanente Roseville ubicadas en Riverside y en Eureka, y a las instalaciones médicas de Sutter Roseville si no puede hacer el trasbordo a un vehículo de paratransito de la ADA de Roseville.

También hay puntos de trasbordo, que pueden conectar a los pasajeros con otros servicios de paratransito de la ADA que se brindan en jurisdicciones adyacentes. Los responsables de las reservas le ayudarán a organizar su viaje para conectar en un punto de transbordo, si es necesario.

Los responsables de las reservas le ayudarán a organizar su viaje para conectar en un punto de transbordo, si es necesario.

1. ¿Cómo se enteró del servicio de paratransito de la ADA?

---

---

2. ¿Por qué solicita el servicio de paratransito de la ADA?

---

---

3. ¿Cuál es la principal discapacidad o problema de salud que le impide utilizar los autobuses o trenes ligeros de SacRT? Por favor, sea específico (por ejemplo: ictus, discapacidad visual, discapacidad cognitiva, enfisema, esquizofrenia, etc.).

---

---

---

4. ¿Tiene alguna otra discapacidad o afección física, cognitiva, visual o mental que limite su capacidad para utilizar los autobuses regulares o los trenes ligeros de SacRT?

Sí  No Si respondió que sí, explique por qué:

---

---

5. ¿Cuándo experimentó por primera vez las condiciones que ha descrito?

- Hace 0-1 año       Hace 1-5 años       Hace más de 5 años

**6. ¿Su discapacidad es temporal?**

- Sí, espero que dure \_\_\_\_\_ meses.       No sé.  
 No, es permanente

**7. Los conductores de paratransito de la ADA no pueden desempeñar las funciones de un asistente de cuidados personales (PCA). ¿Necesita estar acompañado de alguien que le ayude cuando viaja fuera de casa (por ejemplo, para empujar su silla de ruedas, llevar oxígeno, etc.)? *No proporcionamos un PCA a los pasajeros. Si necesita ayuda más allá de lo que el conductor de paratransito de la ADA puede proporcionar, por favor viaje con alguien.***

- Sí; siempre       Sí; a veces       No; nunca

**8. ¿Cómo le ayuda esa persona a completar el propósito de su viaje?**

---

---

**9. ¿Puede esperar un autobús o tren ligero de SacRT?**

- Sí     No

**10. Si respondió que no, *debe* explicar en el espacio debajo cómo se ve impedido de esperar el autobús o el tren ligero.**

---

---

**11. ¿Cuánto puede recorrer en terreno llano?**

- \_\_\_\_\_ pies     Menos de 1 cuadra     1 cuadra     2 cuadas     3 o más cuadas

**12. Si usa un dispositivo de ayuda a la movilidad, ¿hasta dónde puede llegar *sin ayuda de otra persona*?**

- \_\_\_\_\_ pies     Menos de 1 cuadra     1 cuadra     2 cuadas     3 o más cuadas

## INFORMACIÓN SOBRE AYUDAS Y/O EQUIPOS DE MOVILIDAD

Si utiliza una silla de ruedas eléctrica, o un scooter, SacRT tendrá que verificar cuánto pesan usted y su silla de ruedas juntos. Muchas sillas de ruedas eléctricas y scooters son muy pesados. (Los elevadores para vehículos del servicio de paratransito SacRT de la ADA están diseñados para levantar entre 600 y 800 libras, dependiendo del tipo de vehículo de paratransito de la ADA).

¿Cuál de estos dispositivos de ayuda a la movilidad usa actualmente cuando viaja? Marque todas las opciones que le correspondan.

### NO SELECCIONE UN DISPOSITIVO CUYA APROBACIÓN O PRESCRIPCIÓN ESTÉ PENDIENTE

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas manual*                              | <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica*                   | <input type="checkbox"/> andador                 |
| <input type="checkbox"/> bastón de apoyo                                      | <input type="checkbox"/> scooter/carrito eléctrico*                   | <input type="checkbox"/> andador con asiento     |
| <input type="checkbox"/> muletas  | <input type="checkbox"/> oxígeno portátil                             | <input type="checkbox"/> prótesis                |
| <input type="checkbox"/> aparato ortopédico para la pierna                    | <input type="checkbox"/> silla de ruedas con asistencia eléctrica     | <input type="checkbox"/> tablero de comunicación |
| <input type="checkbox"/> animal de servicio                                   | <input type="checkbox"/> bastón blanco (para discapacidades visuales) |  |
| <input type="checkbox"/> otro(s) ( <i>especificar</i> ) _____                 |   |  |
| <br><input type="checkbox"/> sin ayuda para la movilidad (pase a la página 5) |   |  |

\* **La ADA define una "silla de ruedas"** como un dispositivo de ayuda a la movilidad perteneciente a cualquier clase de dispositivos de tres o más ruedas, utilizables en interiores, diseñados o modificados para y usados por personas con problemas de movilidad, ya sean de accionamiento manual o motorizado.

**Si ha marcado silla de ruedas manual, silla de ruedas eléctrica o scooter/carrito eléctrico, facilite la siguiente información:**

¿Eres capaz de propulsar y/o controlar tu silla de ruedas o scooter sin ayuda?

- Sí  No

¿Usted y su silla de ruedas pesan más de 700 libras juntos?

- Sí  No

¿Cuál es la marca/modelo de su silla de ruedas o scooter?

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

## ¿CÓMO VIAJA AHORA?

Marque todas las opciones que correspondan.

- caminando       conduzco un auto       viajo en el auto de otra persona       taxi  
 bicicleta       servicio de paratransito de la ADA       autobús de SacRT       tren ligero de SacRT       Otro(s):
- 

¿Usa solo los autobuses regulares y/o los trenes ligeros de SacRT?

Sí

No

Si respondió que sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Qué rutas usa? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que usó SacRT por su cuenta? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido formación sobre cómo desplazarse por la comunidad o cómo utilizar los autobuses regulares accesibles o los trenes ligeros de SacRT?

- Sí       No       Nunca he viajado en autobús o tren ligero  
 Me interesa la formación sobre viajes       Nunca quiero viajar en autobús/tren ligero

Si ha marcado "sí", indique cuándo y dónde recibió esta formación.

---

## CAPACIDADES FUNCIONALES: USO DE AUTOBUSES REGULARES Y TRENES LIGEROS

¿Qué es lo que mejor describe su capacidad funcional para utilizar los autobuses regulares y los trenes ligeros por su cuenta? (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN) (OBLIGATORIO)

- Puedo ir y volver de las paradas/estaciones de autobús si la distancia no es excesiva.  
 Debido a mi discapacidad o a mi estado de salud, tengo dificultades para entender o recordar todo lo que tendría que hacer para utilizar los autobuses regulares y los trenes ligeros.  
 Puedo usar los autobuses regulares y los trenes ligeros si es un lugar al que voy siempre.  
 Tengo una discapacidad visual que a veces me impide utilizar los autobuses regulares o los trenes ligeros. Si marcó la opción, explique cómo y cuándo su discapacidad visual le impide usar el servicio de ruta fija de forma independiente:
- 
-

Por otros motivos, no puedo utilizar yo solo los autobuses regulares ni los trenes ligeros.

Explique:

---

---

---

---

---

Podría utilizar los autobuses regulares o los trenes ligeros por mi cuenta SI:

---

---

---

---

---

**CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Entiendo que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. El propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para utilizar los servicios de paratransito de la ADA, o si a veces puedo viajar en los autobuses regulares y trenes ligeros de SacRT. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en la pérdida de los servicios de paratransito de la ADA, así como en una sanción en virtud de la ley.

También entiendo que, sin costo alguno para mí, el Distrito de Tránsito Regional de Sacramento puede requerir que participe en una evaluación funcional en persona de mis habilidades de viaje y estoy de acuerdo con dicha evaluación funcional, si es necesaria.

Estoy de acuerdo en notificar a SacRT si mi condición cambia, si mi dispositivo de movilidad ha sido reemplazado, si tengo un nuevo dispositivo de movilidad, o si ya no necesito usar el servicio de paratransito de la ADA.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
**(Firma del solicitante - OBLIGATORIA)**

**Persona que completa la solicitud *si no* es el solicitante (OBLIGATORIO):**

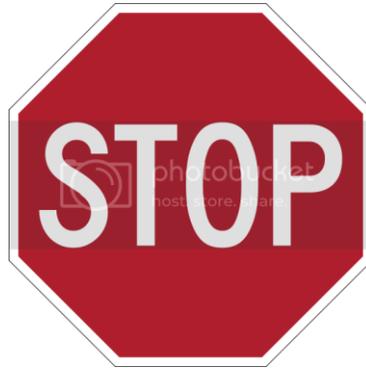
Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Nro. de teléfono durante la noche \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia (si corresponde) \_\_\_\_\_

(Puede requerir gastos de envío adicionales).



**Revise el formulario y asegúrese de que ha contestado a todas las preguntas de esta solicitud. Puede requerir gastos de envío adicionales. Las solicitudes incompletas serán devueltas, lo que retrasará su tramitación.**

**Sacramento Regional Transit (SacRT) se pondrá en contacto con usted por correo en un plazo de 21 días a partir de la recepción de su solicitud completa.**

**Con esto concluye la parte de la solicitud correspondiente al solicitante. La siguiente página DEBE ser completada por un profesional.**

**NO SEPARE LA SOLICITUD DE LA VERIFICACIÓN PROFESIONAL.**

**AMBAS SECCIONES SE DEBEN ENVIAR JUNTAS.**

**Si se reciben por separado, se devolverán.**

## VERIFICACIÓN PROFESIONAL (OBLIGATORIA)

**Al solicitante** - Por favor, pídale a un profesional que complete esta página antes de enviar su solicitud a SacRT. **Cualquiera de los profesionales que figuran a continuación podrá firmar la solicitud. Si esta página no está completa y firmada por uno de los profesionales que figuran a continuación, se le devolverá la solicitud y se retrasará su tramitación.**

**➔ DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL, NO POR EL SOLICITANTE ➔**

**Al profesional** - Por favor, marque su título profesional:

- médico       asistente médico       enfermera titulada/enfermera practicante  
 psiquiatra       psicólogo       trabajador social  
 quiropráctico       fisioterapeuta       terapeuta ocupacional  
 especialista certificado en orientación y movilidad       patólogo del habla/lenguaje

Los criterios de elegibilidad para el servicio de paratransito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) están establecidos por la ADA y se basan en la capacidad funcional del solicitante (no en la dificultad o inconveniencia) para utilizar de forma independiente el sistema de autobús y/o tren ligero totalmente accesible de SacRT, parte o la totalidad del tiempo. Los factores que no se tienen en cuenta son el desconocimiento o la lejanía del transporte público, la capacidad para conducir, el idioma o la edad de la persona. La información que proporcione ayudará a determinar en qué circunstancias este solicitante puede ser elegible para el servicio de paratransito de la ADA.

**Nombre del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**DEBEN PROPORCIONARSE DETALLES ESPECÍFICOS SOBRE CADA DIAGNÓSTICO O LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA:**

**Enumere cada uno de los *diagnósticos médicos* que impiden al solicitante utilizar de forma independiente un autobús o tren ligero equipado con ascensor en parte o en su totalidad.**

---

---

---

**Por favor, explique cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar el autobús regular y/o el sistema de tren ligero.**

---

---

---

**Esta condición, ¿es temporal?**  No     Sí; durante: \_\_\_\_\_ meses

**Esta persona**     es     no es    **capaz de supervisar por sí misma las actividades cotidianas**

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en este formulario de verificación profesional es verdadera y correcta.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ \*  
**Nombre impreso** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
**Clínica/Agencia** \_\_\_\_\_ **Dirección** \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_  
**Nro. de licencia profesional/registro/certificación** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_

***\*Este formulario tiene una validez de 90 días a partir de la fecha de la firma.***

## VERIFICACIÓN PROFESIONAL (OBLIGATORIA)

**Al solicitante** - Por favor, pídale a un profesional que complete esta página antes de enviar su solicitud a SacRT. Cualquiera de los profesionales que figuran a continuación podrá firmar la solicitud. Si esta página no está completa y firmada por uno de los profesionales que figuran a continuación, se le devolverá la solicitud y se retrasará su tramitación.

**➔ DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL, NO POR EL SOLICITANTE ➔**

**Al profesional** - Por favor, marque su título profesional:

- médico       asistente médico       enfermera titulada/enfermera practicante  
 psiquiatra       psicólogo       trabajador social  
 quiropráctico       fisioterapeuta       terapeuta ocupacional  
 especialista certificado en orientación y movilidad       patólogo del habla/lenguaje

Los criterios de elegibilidad para el servicio de paratransito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) están establecidos por la ADA y se basan en la capacidad funcional del solicitante (no en la dificultad o inconveniencia) para utilizar de forma independiente el sistema de autobús y/o tren ligero totalmente accesible de SacRT, parte o la totalidad del tiempo. Los factores que no se tienen en cuenta son el desconocimiento o la lejanía del transporte público, la capacidad para conducir, el idioma o la edad de la persona. La información que proporcione ayudará a determinar en qué circunstancias este solicitante puede ser elegible para el servicio de paratransito de la ADA.

Nombre del solicitante: Jane Doe Fecha de nacimiento 11/04/1946

**DEBEN PROPORCIONARSE DETALLES ESPECÍFICOS SOBRE CADA DIAGNÓSTICO O LA SOLICITUD SERÁ DEVUELTA:**

**Enumere cada uno de los diagnósticos médicos que impiden que el solicitante utilice de forma independiente un autobús o tren ligero equipado con ascensor durante todo o parte del tiempo.**

Gota, diabetes, accidente cerebrovascular con debilidad en el lado derecho, trastorno bipolar, discapacidad intelectual leve

**Por favor, explique cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar el autobús regular y/o el tren ligero.**

Distancia caminada limitada, desequilibrio al caminar, episodios maníacos que perjudican el juicio, incapacidad de aprender rutas debido a la discapacidad intelectual

Esta condición, ¿es temporal?  No       Sí; durante: \_\_\_\_\_ meses

Esta persona  es       no es      capaz de supervisar por sí misma las actividades cotidianas

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California que la información contenida en este formulario de verificación profesional es verdadera y correcta.

Firma  Fecha 04 / 10 / 13 \*  
Nombre en letra de imprenta Dr. William Smith Teléfono (916) 555-1234  
Clínica/Agencia ABC Clínic Dirección 1234 7th Avenue  
Ciudad Sacramento Estado CA Código postal 95814  
Nro. de licencia profesional/registro/certificación A77777 Estado CA

**\*Este formulario tiene una validez de 90 días a partir de la fecha de la firma.**