



SUBURBAN TRANSIT NETWORK, INC.

**Formulario de Elegibilidad y Registro
Programa de Transporte para Personas con Discapacidades (PwD)**

- El servicio de transporte con tarifa reducida puede estar disponible para usted si:
 1. Es una persona con discapacidad; y
 2. Tiene entre 18 y 64 años; y
 3. Necesita transporte público accesible en el condado de Montgomery más allá de los servicios complementarios de paratransito SEPTA ADA (CCT Connect).
- Si desea participar en este programa, complete este formulario y envíelo con una copia de uno de los documentos que se indican en la Parte 2 a continuación a:

**SUBURBAN TRANSIT NETWORK, INC. (TransNet)
980 HARVEST DRIVE, SUITE 100
BLUE BELL, PA 19422-1955**

- Una vez que su solicitud sea recibida y revisada, se le notificará su elegibilidad para participar.
- Si tiene preguntas sobre este proyecto, este formulario o si necesita este formulario en un formato alternativo, llame al: **215-542-7433**

Nota: La información proporcionada en esta solicitud con respecto a su discapacidad se utilizará para determinar su elegibilidad para los servicios de transporte con tarifa reducida bajo el programa PwD. Otra información contenida en el formulario se utilizará para fines de recopilación de datos, para determinar su elegibilidad para cualquier programa de transporte adicional y para brindarle el tipo de servicio apropiado. Esta información se mantendrá confidencial y solo la utilizarán los profesionales involucrados en la evaluación de su elegibilidad y en el análisis del programa para futuras recomendaciones. Escriba claramente con letra de imprenta o complételo en el formato interactivo.

PARTE 1: GENERAL

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial de seg. nombre: _____

Dirección (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

País de residencia: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene una discapacidad de acuerdo con la siguiente definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)?

Sí No

Definición de discapacidad

La elegibilidad para este programa se basa en la discapacidad según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Según la ADA, "Discapacidad significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicho individuo; un historial de dicho impedimento; o que se considere que tiene tal impedimento". "...las actividades principales de la vida significa funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar"

PARTE 2: VERIFICACIÓN ESCRITA DE QUE USTED ES UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Verificación por escrito de una persona calificada u organización con conocimientos de que usted es una persona con una discapacidad requerida para participar en el programa de personas con discapacidad.

1. Si tiene una verificación por escrito de una discapacidad:

Es posible que ya tenga una verificación por escrito de que es una persona con una discapacidad de una organización de servicio al tener una tarjeta de identificación, una evaluación escrita de su discapacidad, etc. Si es así, envíe una copia de esta información a TransNet. De lo contrario, deberá pedirle a una de las organizaciones o personas que figuran a continuación que verifiquen, por escrito, que usted es una persona con una discapacidad de acuerdo con la definición de la ADA y luego envíe el documento a TransNet.

Marque la persona u organización cuya verificación por escrito está enviando con su formulario de solicitud.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR) | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico/Ocupacional Registrado |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social (SSI) y Seguro de Discapacidad (SSDI) | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios Visuales y para la Ceguera | <input type="checkbox"/> Enfermero Registrado |
| <input type="checkbox"/> Centro de Vida Independiente (CIL) | <input type="checkbox"/> Programa de Cuidado de Asistente de PA |
| <input type="checkbox"/> Programa de Salud Mental/Retraso Mental de United Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Programa de Servicios Comunitarios para Personas con Discapacidades Físicas |
| | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

2. Si no tiene una verificación por escrito de una discapacidad:

Complete el formulario de Certificación de Discapacidad (Anexo A) adjunto. Este formulario proporciona verificación de una discapacidad de acuerdo con la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Se puede utilizar para adquirir la información necesaria a fin de verificar una discapacidad con un profesional de la salud calificado.

PARTE 3: INGRESOS Y DATOS RELACIONADOS CON EL HOGAR

Se están recopilando datos relacionados con los ingresos de los pasajeros a fin de tomar decisiones adicionales sobre el programa. Complete esta sección solo si piensa usar el programa PwD para viajes **médicos**. ESTA INFORMACIÓN NO SE UTILIZARÁ PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LAS TARIFAS CON DESCUENTO BAJO EL PROGRAMA PwD.

Marque el espacio apropiado en cada columna:

Ingreso anual

- Menos de \$10,000
- \$10,001-\$15,000
- \$15,001-\$20,000
- \$20,001-\$25,000
- \$25,001-\$30,000
- \$30,001-\$35,000
- \$35,001-\$40,000
- \$40,001-\$45,000
- \$45,001-\$50,000
- \$50,001-\$55,000
- \$55,001-\$60,000
- Más de \$60,001

Tamaño del hogar

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

PARTE 4: EVITAR LA DUPLICACIÓN DE LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE

Los servicios de transporte proporcionados bajo el programa PwD no se deben proporcionar en lugar de los servicios de transporte actuales que ya recibe.

1. ¿Recibe actualmente algún servicio de transporte o alguno de sus costos de transporte lo paga otro programa u organización? Marque todas las opciones que correspondan de la siguiente lista. (Esta información no lo excluye de forma automática de la elegibilidad para el programa PwD).

- Programa de Transporte Compartido para Personas Mayores (TransNet)
- Agencia del Área para Personas Mayores
- Programa de Transporte de Asistencia Médica
- Servicios complementarios de paratransito según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (SEPTA CCT Connect o PUT)
- Salud Mental/Retraso Mental (MH/MR)
- Oficina de Rehabilitación Vocacional (OVR)
- El programa de capacitación en el que estoy en _____
- El programa de empleo en el que estoy en _____
- El programa residencial donde vivo: _____
- Otro (explique) _____

2. Si no está registrado para Asistencia Médica (MA), puede calificar. Si es apropiado, se le derivará a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO) para una determinación de elegibilidad para MA y otros programas.

- Se informó al solicitante sobre la derivación pendiente a la Oficina de Asistencia del Condado (CAO)
- El solicitante fue derivado a la CAO para la determinación de elegibilidad de MA el (fecha): _____
- Iniciales del miembro del personal de TransNet que inició la derivación a la CAO _____

PARTE 5: INFORMACIÓN PARA QUE PODAMOS SERVIRLO MEJOR

1. ¿Su discapacidad es permanente? Sí No
(Una definición estándar de discapacidad permanente es aquella que dura 12 meses o más.)

2. Si no es así, ¿cuánto se espera que dure? _____

3. ¿Cuál es la naturaleza de su discapacidad? Marque las opciones que correspondan. (Revise el Anexo B sobre Categorías de Discapacidades)

- Discapacidad de movilidad (revise a continuación la pregunta 4)
- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad cognitiva
- Discapacidad mental
- Otros - Especifique: _____

4. Marque todas las ayudas de movilidad que correspondan.

- Silla de ruedas manual Muletas Perro guía/de servicio
- Silla de ruedas eléctrica Bastón Bastón blanco
- Scooter motorizado Andador

5. ¿Necesita los servicios de un asistente de cuidado personal o un acompañante cuando viaja? (Un asistente de cuidado personal o acompañante es una persona que necesita para ayudarlo durante el viaje o en su origen o destino.)

- Sí
- No
- Algunas veces

Describa cuándo necesita ayuda:

Contacto de emergencia (opcional):

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono (Hogar): _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

¿Hay algo más que desee que sepamos para que podamos brindarle un mejor servicio? Sí No

En caso afirmativo, describa:

PARTE 6: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN y SU CERTIFICACIÓN DEL FORMULARIO DE SOLICITUD

Doy permiso a Suburban Transit Network, Inc. para que se comunique con un profesional de atención médica u otro profesional que designe a fin de obtener información adicional para verificar que soy una persona con una discapacidad.

Sí No

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para participar en el programa PwD. Certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta y veraz a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante Fecha

O

Nombre del representante (En letra de imprenta) Relación con el solicitante Número de teléfono

Firma del representante Fecha

Formulario de Certificación de Discapacidad
Servicios de Transporte con Tarifa Reducida
Programa de Transporte para Personas con Discapacidades (PwD)

Anexo A

El propósito de este formulario es proporcionar una verificación independiente por escrito de que el solicitante mencionado a continuación tiene una discapacidad de acuerdo con la definición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Este formulario lo debe completar un profesional que esté familiarizado con la discapacidad del solicitante. Un profesional es alguien que tiene capacitación médica, brinda servicios de rehabilitación o terapéuticos, realiza evaluaciones cognitivas u ofrece servicios de vida independiente y consejería a personas con discapacidades. El solicitante ha solicitado servicios de transporte bajo el Programa de Transporte para Personas con Discapacidades (PwD), que está siendo administrado por el Departamento de Transporte de Pensilvania con servicios proporcionados por Suburban Transit Network, Inc. Si tiene alguna pregunta sobre el formulario, llame al **215-542-7433**.

Información del solicitante (lo debe completar el solicitante):

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial de seg. nombre.: _____

Dirección (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Hogar: _____ Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

 Firma del solicitante o del representante del solicitante

 Fecha

Definición de discapacidad

La elegibilidad para este programa se basa en la discapacidad según lo define la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Según la ADA, "Discapacidad significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicho individuo; un historial de dicho impedimento; o que se considere que tiene tal impedimento". "...las actividades principales de la vida significa funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar".

Responda las siguientes preguntas (lo debe completar la agencia o persona que proporciona la verificación de la información de elegibilidad)

¿La discapacidad del solicitante es permanente? Sí No
 (Una definición estándar de discapacidad permanente es aquella que dura 12 meses o más.)

Si no es así, ¿cuánto tiempo se espera que dure? _____

¿Cuál es la naturaleza de la discapacidad? Marque lo que corresponda. Marque todas las ayudas de movilidad que correspondan.

- Discapacidad de movilidad (revise la pregunta a la derecha)
- Discapacidad visual
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad cognitiva
- Discapacidad mental
- Otros — Especifique: _____

- Silla de ruedas manual Muletas
- Silla de ruedas eléctrica Bastón
- Scooter motorizado Andador
- Perro guía/de servicio Bastón blanco
- Requiere asistente personal (enfermera, asistente de salud, etc.)
- Requiere acompañante

 Firma del profesional

 Fecha

 Cargo

 Nombre de la agencia u organización

 Dirección

 Teléfono

Envíe el formulario completo a:
Suburban Transit Network, Inc.
980 Harvest Drive, Suite 100, Blue Bell, PA
19422-1955
ride@suburbantransit.org

Tres categorías de discapacidades

Programa de Transporte para Personas con Discapacidades (PWD)

Las discapacidades se describen en las siguientes tres categorías:

1) Deficiencia mental, incluidas las discapacidades del desarrollo

- a. Es atribuible a una discapacidad física o mental o una combinación de discapacidades físicas y mentales;
- b. Es probable que continúe indefinidamente;
- c. Resulta en limitaciones funcionales sustanciales en cualquiera de las siguientes áreas de las actividades principales de la vida: autodirección, aprendizaje, movilidad, autosuficiencia económica, cuidado personal, capacidad para la vida independiente y lenguaje receptivo y expresivo;
- d. Causa un nivel sustancialmente disminuido de funcionamiento en los aspectos primarios de la vida diaria y una incapacidad para hacer frente a las demandas ordinarias de la vida, deterioro de la atención, deterioro cognitivo, deterioro del lenguaje, deterioro de la memoria, trastorno de conducta o trastorno motor.

2) Discapacidad física

- a. Personas que tienen una condición física resultante de una lesión, enfermedad o deficiencia congénita que interfiere significativamente o limita una o más actividades principales de la vida y afecta uno o más de los siguientes sistemas corporales: anatómico, musculoesquelético, neurológico, respiratorio (incluidos los órganos del habla), cardiovascular, reproductivo, digestivo, genitourinario, hemático y linfático, cutáneo y endocrino;
- b. El término discapacidad física incluye, entre otros, enfermedades y condiciones contagiosas o no contagiosas como discapacidades ortopédicas, visuales, del habla y auditivas; parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes, retraso mental, enfermedad emocional, discapacidades específicas del aprendizaje, enfermedad por VIH y tuberculosis.

3) Actividades principales de la vida

- a. Actividades relacionadas con la realización del cuidado personal y la participación en actividades de ocio o juego. El cuidado personal incluye el aseo, movilidad, manipulación de objetos y deambulación;
- b. Actividades relacionadas con la capacidad de caminar, ver, oír, respirar o comunicarse;
- c. Actividades relacionadas con moverse en la propia comunidad con fines que incluyen el acceso y la participación en actividades vocacionales, educativas, recreativas y sociales en la comunidad con otros miembros de la misma.