



## COUNTY OF ORANGE

### SOLICITUD DE SERVICIOS DE PARATRÁNSITO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) requiere que las entidades públicas que operan el servicio de autobús local de ruta fija para el público en general también proporcionen un servicio complementario (que significa "además de") paratrásito (equipado con elevadores para sillas de ruedas, de origen a destino) a las personas que no pueden usar el sistema local de autobuses de ruta fija. Este servicio solo se proporcionará para aquellas personas cuyos viajes comiencen y terminen dentro de los 3/4 de milla de una línea de autobús local de ruta fija existente. Para calificar para usar este servicio, debe obtener una carta de aprobación de an del County of Orange. Cualquier persona es elegible para presentar una solicitud para el servicio de Paratrásito de la ADA si siente que califica para el servicio. Una copia de la definición de discapacidad tal como se aplica al servicio de paratrásito se incluye en la página siguiente. Sin embargo, tenga en cuenta que el servicio solo se proporcionará dentro del corredor de 1 1/2 milla definido anteriormente. A partir de enero de 2018, los sistemas locales de autobuses de ruta fija que califican para el servicio complementario de paratrásito son los operados por Hudson Transit Lines, Newburgh Beacon Bus Corp. y el Village of Kiryas Joel. Todos los solicitantes deben proceder de la siguiente manera:

1. Rellene la Parte I de este formulario. La Parte I debe completarse para todos los solicitantes.

2. Haga que un profesional calificado (como se requiere en la Parte II, III o IV) familiarizado con su discapacidad incapacitante complete la Parte II, la Parte III o la Parte IV de este formulario. La Parte II debería completarse para las personas con discapacidades físicas; La Parte III debe completarse para las personas con discapacidad visual; La Parte IV debe completarse para las personas con discapacidad mental. La Parte II, la Parte III o la Parte IV deben completarse para todos los solicitantes.

### **3. Devuelva el formulario cumplimentado a:**

**Servicio de paratrásito ADA del Condado de Orange  
c/o Departamento de Planificación del Condado de Orange  
Calle principal 124  
10924, Goshen, Estado de Nueva York**

Cuando se reciba, su solicitud será revisada de inmediato. Si su solicitud es aprobada, se le notificará por carta dentro de los veintiún (21) días posteriores a su recepción. Su aviso de aprobación incluirá información sobre cómo utilizar el servicio complementario de paratrásito. Si su solicitud no es aprobada, se le notificará el proceso de apelación. En la apelación, tendrá la oportunidad de proporcionar información adicional para que la Junta de Apelaciones la reconsidere.

Se County of Orange requiere la información contenida en este formulario con el fin de:

1. Determine si necesita transporte especializado.
2. Proporcionar un servicio especializado adecuado a sus necesidades; y
3. Tenga en cuenta cualquier otra necesidad especial que pueda tener.

Cualquier pregunta sobre este formulario de solicitud, incluyendo quién es elegible para firmar las Partes II, III o IV, debe dirigirse a:

Tránsito Orange  
Departamento de Planificación del Condado de Orange  
124 Main Street  
Goshen, New York 10924  
Teléfono: (845) 615-3850  
Número de fax: (845) 291-2533

La firma del solicitante en la Parte I autoriza la divulgación de información al County of Orange proveedor contratado por el Condado de Orange para proporcionar el servicio de Paratransit de ADA. Esta información se utilizará únicamente para determinar la ADA elegibilidad para el paratransito; no se divulgará a ninguna otra persona o agencia.

.....  
**DISCAPACIDAD** significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicho individuo; un registro de tal impedimento; o ser considerado como teniendo tal impedimento.

- (1) La frase **impedimento físico o mental** significa:
  - (i) Cualquier trastorno o afección fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte a uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológicos, musculoesqueléticos, órganos sensoriales especiales, respiratorios, incluidos los órganos del habla, cardiovasculares, reproductivos, digestivos, genito-urinarios, hemicos y linfáticos, cutáneos y endocrinos;
  - (ii) Cualquier trastorno mental o psicológico, como discapacidad intelectual, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje;
  - (iii) El término **discapacidad física o mental** incluye, pero no se limita a, enfermedades y afecciones contagiosas o no contagiosas como discapacidades ortopédicas, visuales, del habla y auditivas; parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, discapacidad intelectual, enfermedad emocional, discapacidades específicas de aprendizaje, enfermedad por VIH, tuberculosis, adicción de drogas y alcoholismo.
  - iv) La frase **discapacidad física o mental** no incluye la homosexualidad o la bisexualidad.
- (2) La frase **actividades principales** de la vida significa funciones como cuidarse a sí mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.
- (3) La frase **tiene un registro de tal impedimento** significa que tiene un historial de, o ha sido clasificado erróneamente como tener, un impedimento mental o físico que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida.

(4) Se **considera que la frase tiene tal impedimento** significa:

- (i) Tiene un impedimento físico o mental que no limita sustancialmente las actividades importantes de la vida, pero que es tratado por una entidad pública o privada como constitutivo de tal limitación;
- (ii) Tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad importante de la vida solo como resultado de las actitudes de los demás hacia dicho impedimento; o
- (iii) No tiene ninguno de los impedimentos definidos en el párrafo (1) de esta definición, pero es tratado por una entidad pública o privada como si tuviera tal impedimento.

(5) El término **discapacidad** no incluye:

- (i) Travestismo, transexualismo, pedofilia, exhibicionismo, voyeurismo, trastornos de identidad de género que no resulten de impedimentos físicos u otros trastornos del comportamiento sexual ;
- (ii) Juego compulsivo, cleptomanía o piromanía;
- (iii) Trastornos por abuso de sustancias psicoactivas como resultado del uso ilegal actual de drogas.

**PARTE I: A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE**  
**(Escriba o imprima claramente)**

La información en este formulario será utilizada solo por el County of Orange y el vendedor contratado por el Condado de Orange para proporcionar el servicio de ADA Paratransit y no se proporcionará a ninguna otra persona o agencia.

1.Nombre \_\_\_\_\_

2.Domicilio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.Número de teléfono (Casa) \_\_\_\_\_

4.Nombre y teléfono de contacto de emergencia # \_\_\_\_\_

5. Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

6. ¿Es esta solicitud para un estado temporal \_\_\_\_ o \_\_\_\_ permanente?

7. ¿Cuál es la(s) condición(es) física(s) visual(es) o mental(es) que le impide(n) usar el servicio de autobús de ruta fija?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿Cómo le impide esta condición utilizar el servicio de autobús de ruta fija? Por favor, explíquelo completamente.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Utilizas alguna de las siguientes ayudas a la movilidad? (Marque todo lo que corresponda).

Silla de ruedas manual \_\_\_\_ Silla de ruedas eléctrica \_\_\_\_

Walker      Caña \_\_\_\_ Muletas \_\_\_\_

Ayudante/Ayudante \_\_\_\_ Animal de Servicio \_\_\_\_

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta y autorizo la finalización del resto de este formulario y la divulgación del formulario y la información

relacionada County of Orange el proveedor contratado por el Condado de Orange para proporcionar el servicio de ADA Paratransit.

Tengo entendido que esta información se utilizará únicamente para determinar ADA la elegibilidad de paratransito complementario y no para ningún otro propósito. La información contenida en esta aplicación no se divulgará a ninguna persona o agencia que no sea el y County of Orange el proveedor contratado por el Condado de Orange para proporcionar el servicio de ADA Paratransit.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Applicant** \_\_\_\_\_  
**Date** \_\_\_\_\_

**PARTE I**  
**(Continuación)**

10. Si alguien que no sea el solicitante completó este formulario en nombre del solicitante, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre \_\_\_\_\_

Agencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono Number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

**PARTE II: DEBE COMPLETARSE PARA LA PERSONA CON UNA DISCAPACIDAD FÍSICA**  
**(Escriba o imprima claramente)**

Las preguntas 11-19 deben ser completadas por un médico con licencia o un terapeuta físico u ocupacional registrado.

11. Diagnóstico médico de la condición de discapacidad (Por favor incluya el Código ICD10): \_\_\_\_\_

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

12. ¿Es esta condición temporal? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Duración prevista hasta: \_\_\_\_\_)

13. ¿Es probable que esta afección empeore? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

14. ¿Es esta persona capaz de caminar sin la ayuda de otra persona?

A. ¿200 pies? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sólo con gran dificultad \_\_\_\_

B. ¿1/4 de milla? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sólo con gran dificultad \_\_\_\_

C. ¿3/4 millas? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sólo con gran dificultad \_\_\_\_

15. ¿Es esta persona capaz de subir tres (3) escalones de 12" usando una barandilla?

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Sólo con gran dificultad \_\_\_\_

16. ¿Esta persona puede esperar afuera sin apoyo físico durante 10 minutos?

Todo el tiempo \_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_ Para nada \_\_\_\_

17. ¿Esta persona puede viajar en un automóvil (incluyendo entrar y salir)?

Todo el tiempo \_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_ Para nada \_\_\_\_

18. ¿Requiere esta persona el uso de lo siguiente:

A. Silla de ruedas

Todo el tiempo \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Para nada \_\_\_\_\_

B. Caña, muletas o Walker

Todo el tiempo \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Para nada \_\_\_\_\_

C. Prótesis

Todo el tiempo \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Para nada \_\_\_\_\_

D. Ayudante

Todo el tiempo \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Para nada \_\_\_\_\_

**PARTE II**  
**(Continuación)**

19.El nombre y la firma a continuación deben ser los de un médico con licencia o un terapeuta físico u ocupacional registrado.

Nombre \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Título y Agencia \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Número de licencia profesional



**PARTE III: A COMPLETAR PARA LA PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL**  
**(Escriba o imprima claramente)**

Las preguntas 20-25 deben ser respondidas por un oftalmólogo u optometrista con licencia.

20. Diagnóstico médico de la condición de deterioro (por favor incluya el código ICD10):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Es esta condición temporal? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Duración prevista hasta: \_\_\_\_\_)

22. ¿Es probable que esta condición empeore? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

23. Agudeza visual: Ojo derecho \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_ / \_\_\_\_

24. Campo visual: Ojo derecho: Horizontal \_\_\_\_ Ojo izquierdo: Horizontal \_\_\_\_  
Vertical \_\_\_\_ Vertical \_\_\_\_

25. El nombre y la firma a continuación deben ser los de un oftalmólogo u optometrista con licencia.

Nombre \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_

Título y Agencia \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oficina Telephone Number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de firma

\_\_\_\_\_

Número de licencia profesional

**PARTE IV: DEBE COMPLETARSE PARA LA PERSONA CON UNA DISCAPACIDAD MENTAL**

**(Escriba o imprima claramente)**

Las preguntas 26-31 deben ser completadas por un médico, psiquiatra o psicólogo calificado y con licencia.

26. Diagnóstico médico de la condición de deterioro (por favor incluya el código ICD10):

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

27. ¿Cómo afecta esta condición a la capacidad del individuo para utilizar el servicio de autobús de ruta fija?

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

28. ¿Es esta persona capaz de:

- A. ¿Dar la dirección y el número de teléfono para solicitarlo? Yes \_\_\_ No \_\_\_
- B. ¿Reconocer calles y números de autobuses? Yes \_\_\_ No \_\_\_
- C. ¿Firmar su nombre? Yes \_\_\_ No \_\_\_
- D. ¿Pedir y entender direcciones? Sí \_\_\_ No \_\_\_

29. ¿Es esta condición:

- A. ¿ Sujeto a una mejora significativa con el tratamiento? Sí \_\_\_ No \_\_\_

B. ¿Es probable que empeore? Sí \_\_\_ No \_\_\_

30. ¿Debe acompañarse esta persona mientras utiliza el servicio de transporte puerta a puerta?

Yes \_\_\_ No \_\_\_

31.El \_\_\_\_\_ nombre y la firma a continuación deben ser los de un médico, psiquiatra o psicólogo con licencia .

Nombre

Especialidad \_\_\_\_\_

Título y Agencia \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oficina Telephone Number \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Número de licencia profesional