

Solicitud del servicio de paratr nsito de GoApex Puerta a Puerta

GoApex Paratransit es un servicio de viaje compartido para personas con discapacidades que les impiden usar el sistema de ruta fija de GoApex. Este servicio será brindado por GoWake Access.

Las personas interesadas deben completar una solicitud de elegibilidad y recibir la aprobación de GoWake Access antes de aceptar las reservaciones.

Instrucciones

Los solicitantes deben completar y firmar las partes A y B de la solicitud. Luego, un profesional médico o de servicios humanos calificado con conocimiento de su discapacidad debe completar la Parte C.

Una vez que se haya recibido su solicitud completa, se analizar  para determinar si es elegible. GoWake Access le notificará por escrito la decisión acerca de la elegibilidad dentro de los 21 días. Si no se determina la elegibilidad dentro de los 21 días posteriores a la recepción de una solicitud completa, el solicitante será considerado elegible y se le brindará el servicio hasta que se tome una determinación final sobre su elegibilidad.

La solicitud firmada y completa debe enviarse a:

Por correo postal:

GoWake Access

Attn: GoApex ADA Eligibility Intake

4401 Bland Rd

Raleigh, NC 27609

O

Por correo electrónico:

TransportationADAApplications@wake.gov

Versión vigente en septiembre de 2023

Version Effective September 2023

Solicitud:

Por favor complete las Partes A y B, y luego solicite a un profesional médico que tenga conocimiento de su discapacidad que llene la Parte C. Esta solicitud no será analizada para determinar si es elegible hasta que se hayan completado las 3 partes.

Fecha de la solicitud: _____

Parte A. Información general

Nombre _____

fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal si es diferente

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____

Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método preferido de contacto:

Teléfono particular

Teléfono celular

Correo electrónico

NOTA IMPORTANTE:

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, acepta recibir comunicaciones por correo electrónico de GoWake Access y de Town of Apex. Si se suscribe a la opción de servicio de correo electrónico, su dirección de correo electrónico no se proporcionará a terceros de acuerdo con la ley estatal. Solo utilizaremos su dirección de correo electrónico para: (1) comunicarnos con usted sobre temas de GoApex; (2) compartir información de emergencia con usted; y/o (3) comunicarnos con usted acerca de cualquier tema administrativo del suscriptor del correo electrónico que pueda surgir. Si tiene alguna pregunta, por favor, llame al (919) 212-7005.

Parte A, continuación:

Información de contacto de emergencia

Nombre _____

Relación _____

Teléfono particular _____

Teléfono celular _____

¿Eres:

Sordo/dificultades auditivas? _____ Sí

¿Marcar 711? _____ Sí

_____ No

_____ No

Parte A, Continuación:

¿Necesita alguno de los siguientes? (marque todas las opciones que correspondan)

Silla de ruedas manual	_____ Sí	_____ No
Silla de ruedas eléctrica	_____ Yes	_____ No
Scooter motorizado	_____ Yes	_____ No
Bastión	_____ Yes	_____ No
Andador	_____ Yes	_____ No
Muletas	_____ Yes	_____ No
Abrazaderas	_____ Yes	_____ No
Animal de servicio	_____ Yes	_____ No
Oxígeno	_____ Yes	_____ No

Otro (por favor, explique):

Si usa una silla de ruedas o un scooter:

¿cuál es el peso combinado (_____ libras) del pasajero y la silla de ruedas/scooter?

¿cuál es la longitud (_____ pulgadas) y el ancho (_____ pulgadas) de la silla de ruedas/scooter?

¿su casa está equipada con una rampa para sillas de ruedas? _____ Yes _____ No

NOTA IMPORTANTE: Los pasajeros que usan sillas de ruedas/scooters deben tener una rampa si hay escalones. El conductor no "desplazará" a los pasajeros para subir/bajar escaleras o ingresar/salir de casas o edificios. Por último, tenga en cuenta que la capacidad de elevación es de 750 libras.

Entiendo que el propósito de la solicitud es determinar si soy elegible para el servicio de transporte puerta a puerta de GoApex. Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender y que la solicitud me será devuelta si no está completa, lo que retrasará el procesamiento. Entiendo que la falsificación o tergiversación de hechos, o cambios en mi condición médica, pueden generar cambios en el estado de mi certificación. Además, entiendo que se requiere información adicional de mi profesional de la salud relacionada con mi discapacidad o condición médica para el servicio de paratransito complementario de la Ley ADA y se utilizará para ayudar a determinar mi elegibilidad. Acepto notificar a GoWake Access si ya no necesito hacer uso del servicio puerta a puerta.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

(Los solicitantes deben tener 18 años de edad para firmar en forma independiente. De lo contrario, se requiere la firma de un tutor.)

Representante del solicitante si alguien que no sea el solicitante ha completado esta solicitud, se debe proporcionar la siguiente información.

Nombre en letra de molde: _____

Firma del solicitante: _____

Número de teléfono de contacto durante el día: _____

Relación con el solicitante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del solicitante:

Parte B. Condición de discapacidad y Certificación

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición médica que le impide utilizar los autobuses de ruta fija de GoApex? (Por favor sea específico y utilice palabras sencillas)

2. ¿De qué manera su discapacidad o condición médica limita o le impide utilizar el servicio de ruta fija de GoApex? Por favor sea específico.

3. Las condiciones que ha descrito, son:

_____ Permanentes _____ Varían de un día a otro _____ Temporales

Si son temporales, ¿cuál es la fecha de finalización estimada _____

4. ¿Tiene sensibilidad al frío determinada por el médico? _____ Sí _____ No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas? _____

En caso afirmativo, explique: _____

5. ¿Tiene sensibilidad al calor determinada por el médico? _____ Sí _____ No

¿Por encima o por debajo de qué temperaturas? _____

En caso afirmativo, explique: _____

Part B, continuación

6. ¿Hay otras condiciones climáticas que afecten su discapacidad? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, explique:

7. ¿Tiene una discapacidad visual? _____ Sí _____ No _____ En ocasiones

En caso afirmativo o si la respuesta es "en ocasiones", explique:

8. ¿El clima o las condiciones ambientales afectan a su respiración?
_____ Sí _____ No _____ En ocasiones

En caso afirmativo o si la respuesta es "en ocasiones", explique:

9. ¿Alguna de las siguientes habilidades se ve afectada por su discapacidad?

Si la respuesta es "En ocasiones", "Nunca" o "No estoy seguro", explique mediante la descripción del efecto y el alcance de la limitación causada por la discapacidad.

El solicitante puede:

a) Cruzar una calle con _____ 2 y 3 carriles _____ 4-6 carriles _____ Nunca

Comentarios: _____

b) Subir/bajar de las aceras _____ Siempre _____ A veces _____ Nunca _____ No está seguro/a

a

Comentarios: _____

Parte B, Continuación:

- c) Permanecer parado en un autobús en movimiento sosteniéndose del pasamanos

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Si la respuesta es A veces, ¿Por cuánto tiempo (en minutos)? _____

Comentarios: _____

- d) Llegar hasta la parada del autobús independientemente sin requerir asistencia

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

- e) Llegar hasta la parada del autobús independientemente si recibe capacitación

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

- f) Salir fuera de la casa solo/a

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

- g) Salir de la casa a tiempo

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

Part B, Continuación:

h) Buscar y actuar siguiendo instrucciones

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

i) Moverse independientemente y de manera segura por ¼ de milla (4 cuadras) sin ayuda de otra persona

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

j) Esperar en la parada del autobús ___ Siempre ___ A veces
___ Nunca ___ No está seguro/a

Si la respuesta es A veces, ¿Por cuánto tiempo (en minutos)? _____

Comentarios: _____

k) Subirse al autobús correcto ___ Siempre ___ A veces
___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

l) Transferirse de un autobús a otro

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

m) Bajarse en el destino correcto

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

Part B, Continuación:

n) Decir o llevar cuenta de la hora

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

o) Caminar en colinas o terreno empinado

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

p) Lidar con situaciones inesperadas

___ Siempre ___ A veces ___ Nunca ___ No está seguro/a

Comentarios: _____

10. Si GoApex ofreciera capacitación gratuita sobre cómo viajar en los autobuses de ruta fija, ¿le interesaría?

_____ Sí _____ No

De no ser así, explique:

11. ¿Requiere asistente de cuidado personal (PCA) para viajar? Un PCA es cualquier individuo que le asiste a realizar sus actividades cotidianas y es distinto que un invitado o acompañante. Su PCA le puede acompañar sin costo adicional.

_____ Sí, a veces _____ Sí, siempre _____ No

12. ¿Qué tan lejos puede caminar/moverse por sí solo o con la ayuda de un dispositivo de movilidad?

(Elija una de las siguientes opciones y escriba el número correspondiente)

_____ Feet

_____ Blocks

_____ Miles

Nombre del solicitante: _____

Autorización para divulgar información

Autorizo al profesional que completó la Sección II de esta solicitud a divulgar a GoWake Access información sobre mi discapacidad o condición de salud y su efecto en mi capacidad para viajar en el sistema de tránsito de GoApex. Entiendo que puedo revocar la autorización en cualquier momento.

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si soy elegible para el servicio de puerta a puerta de GoApex. Acepto divulgar la información solicitada a GoWake Access y a cualquier panel de revisión de elegibilidad y entiendo que la información contenida en este documento se tratará de manera confidencial, a menos que la ley establezca lo contrario. Entiendo además que GoWake Access se reserva el derecho de solicitar información adicional a su discreción. Acepto notificar a GoWake Access sobre cualquier cambio en el estado de mi discapacidad que afecte mi capacidad para usar los servicios puerta a puerta de GoApex. También entiendo que esto puede afectar mi elegibilidad como pasajero.

C. Health Care Provider Verification/Verificación del proveedor de atención de la salud

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

(Los solicitantes deben tener 18 años de edad para firmar en forma independiente. De lo contrario, se requiere la firma de un tutor.)

Dear Verifying Professional:

You are being asked by the applicant named in Part A of this application to provide information regarding their ability to use the public transportation services of GoApex, as described in Part B. GoApex provides transportation services to eligible persons with disabilities who cannot use regular fixed route bus services. The information you

provide will allow us to evaluate the request and determine the individual's specific needs. Thank you for your cooperation in this matter.

PLEASE NOTE: The GoApex fixed route bus service available within the Town of Apex is accessible to persons with disabilities.

The individual applying for service under the Americans with Disabilities Act (ADA) **MUST BE UNABLE TO ACCESS THESE SERVICES** due to:

- Conditions which prevent them from getting to or from a GoApex fixed route bus stop, or transferring between vehicles **and/or**
- Conditions which prevent them from being able to plan for, board, ride, or disembark an ADA accessible fixed-route vehicle

The completed application must be submitted to GoWake Access within thirty (30) days of completion by the selected professional and can be returned to the applicant or sent to the following:

By Mail: GoWake Access
Attn: GoApex ADA Eligibility Intake
4401 Bland Rd
Raleigh, NC 27609

By Email: TransportationADAApplications@wake.gov

(PLEASE PRINT)

Name of Applicant: _____

1. Capacity in which you know the applicant: _____

2. When was the applicant last treated or seen by you? _____

3. On average, how frequently is the applicant seen by you? _____

4. Has the applicant been diagnosed with a physical, cognitive, psychological, or other disability that would prevent them from using GoApex's fixed route bus service?

_____ Yes _____ No

5. Is the applicant's disability:

_____ Physical _____ Cognitive _____ Psychological _____ Other

6. What is the applicant's disability (Please be specific but use layman's terms)?

7. What is the date of onset? _____

8. Does the applicant's disability or condition prevent the use of regular fixed route bus service?

_____ Yes, Sometimes _____ Yes, Always _____ No

If Sometimes or Always, please explain:

9. Could the applicant use regular fixed route buses with travel training? Travel training is an instructional process where individuals learn how to navigate and ride public transit safely and independently. It can be offered through one-on-one training or group training.

_____ Yes, Sometimes

_____ Yes, Always

_____ No

If Sometimes or Always, please explain:

11. How far can the applicant walk/travel by themselves or with the assistance of a mobility aid? (choose one of the options below and fill in a number beside it)

_____ Feet

_____ Blocks

_____ Miles

12. What is the expected duration of this individual's condition?

_____ Temporary: Approximate expected duration until _____

_____ Long-term: Potential for improvement or periods of remission

_____ Permanent: No expectation of functional improvement

I have read Parts A and B in their entirety

_____ Yes

_____ No

I agree with the information provided in Part B

_____ Yes

_____ No

If no, please explain:

Please choose the statement below which best represents your professional opinion regarding the applicant's use of public transportation:

_____ The applicant should be able to access fixed route public transportation successfully.

_____ The applicant can use fixed route public transportation successfully but may need to utilize Door to Door service **under certain conditions** due to a disabling condition or functional limitation.

Please explain conditions:

_____ The applicant cannot use fixed route public transportation due to a disabling condition or functional limitation and requires Door to Door service **without conditions**.

Printed Name _____

Title _____
(If not a licensed physician, please indicate Title & Certification)

Organization/Practice _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Phone #: _____

Fax #: _____

Email address: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Applicant Name _____

FOR GOWAKE ACCESS USE ONLY

APPROVED _____ DENIED _____

UNCONDITIONAL _____ CONDITIONAL _____ TEMPORARY _____

ISSUED BY _____ TITLE _____

DATE _____ FILE NUMBER _____