

Querido solicitante:

La ciudad de St. George provee servicio de camiones de Paratrásito (SUNTRAN). El servicio de paratrásito del Americans with Disabilities Act (ADA) es para gente con incapacidades o que ha sido certificada como alguien que no puede funcionalmente usar las rutas fijas de camiones SUNTRAN. El servicio de paratrásito SUNTRAN es de banqueta en banqueta y se ofrece en base a reservación previa.

Elegibilidad

Para poder ser elegible a usar el servicio de paratrásito SUNTRAN, su incapacidad debe de prevenir el uso de las rutas fijas del servicio de camiones proveída por SUNTRAN. De acuerdo al “*Americans with Disabilities Act of 1990*” (ADA), hay tres (3) circunstancias específicas bajo las que una persona sería considerada elegible de acuerdo a ADA para servicio de paratrásito:

1. El individuo está incapacitado, debido a una incapacidad física, visual o mental, y no puede abordar, ser pasajero, o bajarse de cualquier vehículo que es accesible para personas con incapacidades sin la asistencia de otro individuo (otro que el chofer del camión).
2. El individuo puede utilizar un vehículo accesible pero dicho vehículo no opera en la ruta el/ella quiere viajar.
3. El individuo con la incapacidad tiene una condición relacionada a su incapacidad, que le previene viajar hacia el lugar donde se puede subir, o bajar en el sistema de rutas fijas.

Certificación

En orden de determinar su elegibilidad para usar el paratrásito SUNTRAN, usted debe de **llenar por completo la solicitud anexa**. Una determinación correcta depende de las respuestas e información que usted de para su evaluación. Información incorrecta o falsa puede causar que le niegue o se suspenda el servicio.

Por favor conteste todas las preguntas contenidas en la solicitud. Las preguntas que requieren explicación deben ser breves, pero correctas. **Si no se contestan todas las preguntas causará retraso en el proceso de su solicitud.**

Toda la información que usted de se mantendrá estrictamente como confidencial y so le dará a nadie tanto como nos sea posible de acuerdo a lo máximo que permite la ley sin que se tenga por escrito permiso del solicitante.

Cuando la solicitud complete es recibida, esta será revisada y una determinación con respecta a que si usted califica se hará dentro de 21 días o menos. Usted será avisado del estatus de su elegibilidad por escrito después de que su solicitud completa sea revisada. Una solicitud completa puede requerir verificación profesional.

Personas determinadas como elegibles para usar paratrásito SUNTRAN podrán tener el requisito de re-certificación cada tres (3) años o a como los cambios de la condición justifiquen re-certificación.

Personas determinadas como no elegibles para usar paratrásito SUNTRAN tienen la habilidad de apelar la decisión dentro de 60 días después de la notificación, esto se hace llenando una apelación por escrito al administrador de SUNTRAN. La decisión de tu apelación se te mandará por escrito por correo certificado dentro de treinta (30) días de la fecha de la determinación. Si usted lo desea, se le dará la oportunidad de ser escuchado y dar información y argumentos al Director de Trabajo Público. El Director de Trabajo Público le enviará, por correo registrado, la decisión y las razones de la decisión. SUNTRAN no proveerá servicio de paratrásito a usted cuando este pendiente la determinación de su apelación. Si una determinación no se ha tomado dentro de treinta (30) días de que se complete el apelo, SUNTRAN proveerá servicio de paratrásito para usted a partir de ese momento hasta que la decisión se haya tomado o la apelación se haya negado.

Si usted tiene preguntas con respecto a la solicitud o el proceso de revisión, por favor llame a **SUNTRAN** al **435-673-8726**.

Por favor envíe la solicitud a:

SUNTRAN (City of St. George)
Attention: ADA Department
953 East Red Hills Parkway
St. George, Utah 84770

SUNTRAN
Solicitud para elegibilidad de paratransito

El servicio de tránsito SUNTRAN de la ciudad de St George fue creado para usted. Fue diseñado para todos los residentes de St George, incluyendo aquellos con incapacidades. Es una alternativa de transporte segura, económica y conveniente.

Para residentes de nuestra comunidad que no pueden usar el servicio SUNTRAN regular (rutas fijas) debido a una incapacidad, nosotros proveemos servicio “llama para un raite” banqueta a banqueta. Los choferes tal vez ofrezcan asistencia mínima, pero no entran a residencias o edificios. Para asegurar la disponibilidad de servicio a aquellos que se les garantiza acceso a este tipo de servicio paratransito, es necesario seguir reglas federales estrictas y procedimientos para la certificación ADA SUNTRAN para la ciudad de St George.

Si usted cree que tiene una incapacidad que le previene de usar el sistema de rutas fijas debido a la incapacidad de (1) subirse, ser pasajero y bajarse independientemente, o (2) poder ir a donde se sube o se baja de la ruta fija, por favor llene esta solicitud. Su incapacidad debe prevenirle el uso del servicio de rutas fijas de SUNTRAN. Es importante que todas las partes de esta solicitud estén completas. Si no, le será devuelta para que la complete. Cuando se reciba la solicitud completa, contactaremos a su doctor para certificarla.

Todos se pueden beneficiar de los servicios SUNTRAN. Queremos que usted se sienta bienvenido para usar nuestros servicios. Por favor envíe la Solicitud completa a:

SUNTRAN (City of St. George)
Attention: ADA Department
953 East Red Hills Parkway
St. George, Utah 84770

Para mayor información acerca de los servicios ADA SUNTRAN llame:
435-673-TRAN (8726)

Es importante que complete todas las partes en esta forma – escriba con letra de bloque, por favor. Las solicitudes que no esten completas o escritas con claridad serán devueltas, lo que causara retraso en el proceso de determinar su elegibilidad. Por favor responda todas las preguntas en detalle – sus respuestas a las preguntas nos ayudaran a determinar su elegibilidad.

**SUNTRAN (ADA PARATRANSITO)
SOLICITUD DE SERVICIO**

INFORMACION GENERAL (Por favor letra de bloque)

FECHA _____

La información en esta forma será utilizada solo con el propósito de determinar su elegibilidad para el servicio de paratransito SUNTRAN. La información que usted proporcione será mantenida estrictamente como confidencial.

PRIMER
NOMBRE _____

APELLIDO _____

DIRECCION
DE CALLE _____

DIRECCION
PARA CORREO _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA POSTAL _____

FECHA DE NACIMIENTO (mes, día, año) _____

Sexo (Masculino/Femenino) _____

TELEFONO DE DIA _____

TELEFONO DE TRABAJO _____

Nombre y número de teléfono de un amigo o pariente que podemos contactar en caso de una emergencia si no podemos contactarlo a usted en su número regular:

NOMBRE _____

RELACION _____

TELEFONO _____

1. Tiene una incapacidad, que le previene usar las rutas fijas de camiones SUNTRAN?

SI _____ NO _____

2.

Si contesto "SI", por favor describa **todas y cada incapacidad física, mental, o funcional** que le previenen usar las rutas fijas de camiones SUNTRAN.

Si contesto "No", explique porque usted cree que es elegible para el paratransito ADA de SUNTRAN.

2. Es su incapacidad una condición permanente?

SI _____ NO _____

Si no, cuanto piensa que le durará su incapacidad? _____

3. Usted usa uno de los siguientes auxilios para la movilidad?

- Silla de ruedas motorizada
- Silla de ruedas manual
- Scooter eléctrico
- Asistente para cuidado personal
- Andadera
- Bastón
- Muletas
- Animal de servicio
- Prótesis
- Other _____

NOTA: SUNTRAN no transporta auxilios para la movilidad que son mas grandes de los parámetros “comunes de una silla de ruedas” de acuerdo al manual de regulaciones de ADA (C.F.R. Sección 37.3), incluyendo un auxilio para la movilidad que:

1. Es mas largo de 48 pulgadas, medido de 2 pulgadas arriba del suelo
2. Es mas ancho de 30 pulgadas
3. Pesa mas de 600 libras cuando se está usando

4. Necesita viajar con alguien que le ayuda?

SI _____ No _____ A veces _____

5. Utilizando un auxilio para la movilidad usted solo, que tan lejos puede viajar sin el auxilio de otra persona? (Marque todas las que sean correctas)

_____ 1/2 cuadra _____ 1 cuadra _____ 2 cuadras

_____ 4 cuadras _____ 8 cuadras _____ Mas de
8 blocks

_____ **subir** (3) escalones de 12-pulgadas

_____ esperar afuera sin apoyo por diez (10) minutos

6. Que tan lejos está la parada del camión donde usted vive?

Dentro de una cuadra _____ 1/4 milla _____ 1/2 milla _____

3/4 milla _____ No estoy seguro _____

7. Usted actualmente usa independientemente una de las rutas fijas SUNTRAN?

Si _____ No _____ A veces _____

8. Si usted no usa actualmente las rutas fijas de SUNTRAN, Cuales son las condiciones de su incapacidad que le previenen usar el camión?

9. El clima afecta su capacidad para viajar?

Si _____ No _____ A veces _____

Si contesto “Si”, explique las condiciones de clima que afectan su habilidad para usar las rutas fijas del camión.

10. Enliste sus destinos mas frecuentes y como llega a ellos actualmente.

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES CLAUSULAS Y MARQUE LA QUE MAS SE ACERCA A USTED:

- Yo puedo usar las rutas fijas SUNTRAN a veces, pero para algunos viajes no he sido entrenado o hay otras barreras presentes.
- Yo tengo una incapacidad temporal que me previene de subirme en cualquier camión. Necesito paratrásito SUNTRAN solo mientras me recupero.
- Yo tengo una incapacidad ambulatoria que me previene de subirme en los camiones SUNTRAN incluso los accesibles sin asistencia.
- Yo tengo una incapacidad cognitiva que me previene de recordar y entender mi camino hacia donde voy y como regresar en las rutas fijas SUNTRAN. No creo poder aprender las rutas.
- Yo tengo una incapacidad visual que me previene de encontrar my camino de ida y vuelta a la parada de las rutas fijas SUNTRAN. Yo no creo que puedo aprender.
- Yo tengo una incapacidad visual que me previene de encontrar my camino de ida y vuelta a la parada de las rutas fijas SUNTRAN. Yo pienso que con entrenamiento yo puedo aprender, pero por ahora yo no se como.
- Yo tengo una condición médica severa. Mi condición causa una incapacidad tal que es imposible para mi usar las rutas fijas SUNTRAN.

- Yo tengo una incapacidad episódica. Yo puedo usar el camión en los días en que me siento bien, pero en “días malos” no puedo ni llegar a la parada del camión, o subir al camión.

Yo afirmo que la información dada en este documento es verdadera y correcta y entiendo que la falsificación de información puede resultar en la negación del servicio.

Yo autorizo a los siguientes profesionales del cuidado de la salud a que den información acerca de my incapacidad y como afecta mi capacidad de viajar que puede ser necesaria en relación con mi solicitud de elegibilidad para paratransito ADA. Yo entiendo que yo puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. A menos que haya sido cancelada, esta forma le permitirá a los profesionales en la lista de abajo dar la información descrita hasta 60 días después de la fecha que se ve abajo.

Yo autorizo al servicio de transito SUNTRAN (City of St. George) a tener acceso a mi incapacidad para poder asistirme en mis necesidades de viajar.

NOMBRE DEL PROFESSIONAL _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **ZONA POSTAL** _____

NUMERO DE TELEFONO _____ **FAX** _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

(letra de bloque)

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FECHA DE LA FIRMA DE LA SOLICITUD _____

Si alguien otro al solicitante lleno esta forma en representación del solicitante, esa persona debe llenar lo siguiente:

NOMBRE _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ **ESTADO** _____ **ZONA POSTAL** _____

FIRMA _____

FECHA _____ **NUMERO DE TELEFONO** _____