



ADA Aplicación Paratransit

Visión general – Servicios disponibles

B-Line ADA Paratransit ofrece servicio de transporte de bordillo a bordillo de acuerdo con el Acta de Americanos con Discapacidades de 1990 (ADA). Este servicio se proporciona a personas que, debido a una discapacidad física o mental, no pueden usar el servicio regular de autobús de ruta fija en el Condado de Butte. El propósito de esta aplicación es proporcionar una oportunidad para que usted describa cómo su discapacidad le impide montar el sistema de bus de ruta fija B-Line, y al hacerlo solicitar B-Line ADA Paratransit. La edad, la distancia desde una parada de autobús o la incapacidad para conducir son condiciones que no se tienen en cuenta al tomar una determinación de elegibilidad.

Entrenamiento de viajes

Si está interesado en recibir capacitación de viaje gratuita para aprender a usar nuestros autobuses regulares de ruta fija, llame al 530-894-2057 x372 o 530-809-4616 para obtener información.

B-Line debe tener la Solicitud de Elegibilidad de Paratransito completada, incluyendo la parte de Divulgación de Información de Servicio Social/Cuidado de la Salud para comenzar la determinación de elegibilidad. Le devolveremos la solicitud si nos faltan firmas u otra información.

De acuerdo con las regulaciones de la ADA, se tomará una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días calendario después de la recepción de su solicitud completa.

B-Line Paratransit

326 Huss Drive, Suite #150, Chico, CA 95928

Teléfono: (530) 809-4616 Fax: (530) 891-2979

Web: www.BLineTransit.com

Discapacidad/Salud– Información relacionada

Responda las siguientes preguntas en detalle. Sus respuestas nos ayudarán a determinar su elegibilidad.

1. ¿Cuál es su condición médica o discapacidad?

2. ¿Cómo le impide usar el autobús de ruta fija B-Line?

3. Fecha en que comenzó su discapacidad: _____

4. Por favor, lea las siguientes afirmaciones y marque la que mejor describe su discapacidad:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad temporal y solo necesitaré servicio de paratransito hasta que me recupere. | <input type="checkbox"/> Tengo dificultades para recordar todas las cosas que tengo que hacer para usar el autobús de la ciudad. | <input type="checkbox"/> Puedo viajar en el autobús de la ciudad de forma independiente. |
| <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad visual que me impide usar el autobús de la ciudad. | <input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad que me hace tener buenos días / malos días. | <input type="checkbox"/> Nunca puedo usar el autobús urbano solo. |
| <input type="checkbox"/> Puedo usar el autobús de la ciudad para algunos viajes pero no para otros. | <input type="checkbox"/> Creo que puedo aprender a tomar el autobús de la ciudad si alguien me enseñó. | |

5. Por favor indique si usted usa alguna de las siguientes ayudas/equipo de movilidad:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No necesito ningún dispositivo de asistencia. | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Tablero de imagen |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Prótesis |
| | <input type="checkbox"/> Andador | |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas deportiva | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> Scooter | <input type="checkbox"/> Concentrador de | <input type="checkbox"/> Otro (describir) |
| <input type="checkbox"/> Segway | <input type="checkbox"/> oxígeno portátil | _____ |

Entiendo que si mi dispositivo de movilidad es más largo que 48 "o más ancho que 30", o si el peso combinado del solicitante y el dispositivo es más de 600 libras, no podré conducir vehículos / equipos B-Line.

Posibilidad de usar autobuses B-Line regulares (ruta fija)

Todos los autobuses regulares de ruta fija tienen elevadores para sillas de ruedas, pasamanos y rodilleras (escalones que bajan hasta el nivel de la acera) o rampas para facilitar el abordaje.

6. ¿Utiliza el autobús de ruta fija regular de forma INDEPENDIENTE?

- Sí/a veces No

7. ¿Cuándo fue la última vez que usó independientemente el autobús de ruta fija?

- En el mes pasado En los últimos cinco años Nunca
 En el año pasado En los últimos diez años

8. ¿Hay ciertos días / horas que puede usar el autobús de ruta fija pero no otros?

- Sí No A veces
 No lo sé

Si ha elegido sí / a veces, explique: _____

9. ¿Cómo describirías el terreno donde vives (por ejemplo, caminos planos, montañosos, de tierra, falta de aceras, etc.)?

10. ¿A qué distancia de su casa está la parada de autobús público más cercana?

- Menos de un cuadra 1-2 cuadras 3-4 cuadras
 5 o más cuadras No lo sé

11. ¿Alguna vez ha completado con éxito la capacitación en viajes?

- Sí No

Si ha elegido sí, sírvase elaborar con plazos y fechas:

12. ¿Tiene problemas de audición que le impiden usar el autobús de ruta fija?

- Sí No

Si ha elegido sí, explique:

13. ¿Tiene un problema respiratorio que le impediría usar el autobús de ruta fija?

- Sí No

Si ha elegido sí, explique:

14. ¿Tiene un problema de memoria que le impediría usar el bus de ruta fijo?

Sí No

Si ha elegido sí, explique:

15. ¿Tiene un problema de equilibrio que le impediría usar el autobús de ruta fija?

Sí No

Si ha elegido sí, explique:

16. ¿Tiene un problema visual que le impediría usar el bus de ruta fija?

Sí No

Si ha elegido sí, explique:

17. ¿Tienes algún problema al cruzar la calle de forma independiente?

Sí No

Si ha elegido sí, explique:

18. ¿Hasta dónde puede viajar por su cuenta o cuando usa una ayuda de movilidad?

- Puedo llegar a la acera frente a mi casa
- Puedo viajar hasta ¼ de milla (3 cuadras)
- Puedo viajar hasta ½ de milla (6 cuadras)
- Puedo viajar hasta ¾ de milla (9 cuadras)
- Puedo viajar más de ¾ de milla

19. ¿Alguna de las siguientes barreras le impide usar el autobús?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Clima frío | <input type="checkbox"/> Clima caliente | <input type="checkbox"/> Lluvia |
| <input type="checkbox"/> Nieve | <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna | <input type="checkbox"/> Colinas |
| <input type="checkbox"/> Falta de aceras | <input type="checkbox"/> Falta de cortes en la acera | <input type="checkbox"/> Parada de autobús no es accesible |
| <input type="checkbox"/> Buenos días / malos días | <input type="checkbox"/> Incapaz de transferir autobuses | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar / girar 50 pies (1 cuadra) | <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar / girar ¼ de milla (3 cuadras) | <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar / girar ½ de milla (6 cuadras) |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de caminar / girar ¾ de milla (9 cuadras) | <input type="checkbox"/> Falta de fuerza y resistencia | <input type="checkbox"/> Recorrido desigual (camino de tierra, baches, etc.) |
| <input type="checkbox"/> La contaminación del aire (polen – alergias) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | |

Certificación del solicitante y divulgación de información

Profesional de salud / servicios sociales *Proporcione información para el profesional que mejor pueda documentar las habilidades del solicitante.*

Nombre: _____

Profesión: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono #: _____

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar deliberadamente cualquier información puede resultar en la denegación de servicio por parte de la Asociación de Gobiernos del Condado de Butte/Butte Regional Transit (B-Line). Entiendo que toda la información se mantendrá confidencial y solo la información requerida para proporcionar los servicios que solicito se divulgará a quienes presten los servicios.

Al firmar a continuación, entiendo que doy mi consentimiento para que B-Line use y divulgue mi información de salud protegida con el fin de proporcionar servicios de tránsito.

Entiendo que mi proveedor de servicios sociales / atención médica puede ser contactado para verificar la información indicada en mi solicitud para propósitos de elegibilidad de paratransito. Entiendo que mi información de salud puede ser utilizada por el proveedor de tránsito de B-Line, Transdev. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a B-Line si mi condición cambia y si mi condición cambia después de que se haya determinado que soy elegible, se me puede solicitar que vuelva a presentar una solicitud. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando a B-Line por escrito mi intención de revocar este formulario de consentimiento.

Comprendo que tengo derecho sobre mi información de salud, incluido el derecho a restringir el uso de mi información de salud, a examinar y obtener una copia de esta solicitud y a solicitar correcciones.

Firma del Solicitante

Fecha

Formulario de autorización de HIPAA

Complete todas las secciones de este formulario de publicación de HIPAA. Si alguna sección se deja en blanco, este formulario no será válido y no será posible que su información de salud se comparta según lo solicitado.

Sección I

Yo, _____, doy mi permiso para _____ que comparta la información que figura en la Sección II de este documento con la persona u organización que he especificado en la Sección IV de este documento.

Sección II – Información de salud

Me gustaría dar permiso a la organización de salud mencionada anteriormente para:

Revelar mi historial médico completo, incluidos, entre otros, diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamiento y registros de facturación para todas las afecciones.

O

Revelar mi registro de salud completo, **excepto** la siguiente información

Registros de salud mental

Enfermedades transmisibles que incluyen, entre otras, VIH y SIDA

Registros de tratamiento por abuso de alcohol o drogas.

Información genética

Otra (Especificar)

Forma de divulgación:

Copia electrónica o acceso a través de un portal web

Copia física

Sección III – Reason for Disclosure

Por favor detalle las razones por las cuales se comparte la información. Si está iniciando la solicitud de compartir información y no desea enumerar las razones para compartir, escriba "a mi solicitud".

Sección IV – ¿Quién puede recibir mi información de salud?

Doy autorización para que la información de salud detallada en la sección II de este documento se comparta con la siguiente persona u organización:

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Entiendo que la persona / organización mencionada anteriormente puede no estar cubierta por las normas estatales / federales que rigen la privacidad y la seguridad de los datos y se les puede permitir compartir aún más la información que se les proporciona.

Sección V – Duración de la autorización

Esta autorización para compartir mi información de salud es válida:

a) Comenzando _____ Finalizando _____

O

b) Todos los períodos pasados, presentes y futuros.

O

c) La fecha de la firma en la sección VI hasta el siguiente evento:

Entiendo que se me permite revocar esta autorización para compartir mis datos de salud en cualquier momento y puedo hacerlo enviando una solicitud por escrito a:

Nombre: _____

Organización: _____

Dirección: _____

Entiendo que:

- En el caso de que mi información ya haya sido compartida cuando se revoque mi autorización, puede ser demasiado tarde para cancelar el permiso para compartir mis datos de salud.
- Entiendo que no necesito dar ningún permiso adicional para que la información detallada en la Sección II se comparta con la persona (u organización enumerada en la Sección IV).

- Entiendo que el hecho de no firmar / presentar esta autorización o la cancelación de esta autorización no me impedirá recibir ningún tratamiento o beneficio que tenga derecho a recibir, siempre que esta información no sea necesaria para determinar si soy elegible para recibir esos tratamientos o beneficios o para pagar los servicios que recibo.

Sección VI – Firma

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Si este formulario lo completa una persona con autoridad legal para actuar en nombre de un individuo, como un padre o tutor legal de un menor o un agente de atención médica, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Firma de la persona que completa este formulario: _____

Describa a continuación cómo esta persona tiene autoridad legal para firmar este formulario:
