



# TRANSPORTE PUBLICO DEL CONDADO DE PASCO

Solicitud de parátransito de la ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL PROCESO DE SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD**

Complete la solicitud en su totalidad, firme todas las páginas que requieren firma y envíelo por correo a la dirección que figura a continuación.

Los pasajeros aprobados de 14 años o mas y pueden viajar solos. Los pasajeros aprobados de 13 años o menos y todos los pasajeros con necesidades médicas especiales deben viajar con un asistente de cuidado personal (PCA). Un PCA es un adulto designado para ayudar al solicitante con sus necesidades de la vida diaria. El Transporte Público del Condado de Pasco (**GoPasco**) no proporciona un PCA. Si el solicitante necesita un PCA, indíquelo en la solicitud.

Es posible que los solicitantes deban asistir a una evaluación funcional en persona en una instalación designada. Si es necesario, se le indicará al solicitante cómo completar la evaluación. Si un solicitante no tiene transporte para la evaluación, **GoPasco** se lo proporcionará. Después de recibir la solicitud completa, **GoPasco** determinará la elegibilidad dentro de los 21 días calendario. Los resultados de elegibilidad se enviará al solicitante por correo.

**La verificación de discapacidad** realizada por un profesional calificado no garantiza la aprobación de elegibilidad. Sin embargo, juega un papel importante en el proceso de determinación de elegibilidad. El profesional de la salud con licencia de Florida que esté más familiarizado con el historial medico del solicitante debe completar y firmar el Formulario A: Verificación médica general. El profesional medico debe poder determinar la capacidad o incapacidad del solicitante para navegar por el Sistema regular de autobuses de ruta fija de **GoPasco**. Los profesionales medicos calificados incluyen: medicos con licencia (MD), consejeros de rehabilitación certificados, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o especialistas en orientación y movilidad. **GoPasco** puede certificar la información proporcionada por el profesional de la salud.

**GoPasco** ofrece otros servicios de Paratransito según la edad, los ingresos y el acceso al transporte del solicitante. Para asegurarse de que el solicitante reciba todos los servicios para los que califica, complete la solicitud de paratransito de la ADA de **GoPasco** y el Formulario E Solicitud de otros servicios de paratransito.

Toda la información proporcionada a **GoPasco** es confidencial y no se compartirá con ninguna otra persona o agencia sin el consentimiento por escrito. Para obtener información adicional, llame al **GoPasco** al (727) 834-3322 o visite [www.rideGoPasco.com](http://www.rideGoPasco.com). Envíe por correo la solicitud complete a:

**Pasco County Public Transportation (GoPasco)**

**8620 Galen Wilson Boulevard**

**Port Richey, FL 34668**

**GoPasco**

727.834.3322 | 8620 Galen Wilson Boulevard | Port Richey, FL 34668

# Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

Received: _____ <small>MM/DD/YYYY</small>	Processed: _____ <small>MM/DD/YYYY</small>
Closest Bus Stop: _____ <small>FEET</small>	ADA Category 1 2 3 PCA H2H <small>CIRCLE ALL THAT APPLY</small>
Equipment: _____	ADA Conditions: _____
Reviewed By: _____	On: _____ <small>MM/DD/YYYY</small>
Approved for: <input type="checkbox"/> ADA <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> III-B	
Approved: _____ <small>MM/DD/YYYY</small>	Expires: _____ <small>MM/DD/YYYY</small>

Número de Identificación #: \_\_\_\_\_ Nuevo Solicitante \_\_\_\_\_ Recertification \_\_\_\_\_

## PARTE 1 INFORMACION GENERAL

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Segundo Nombre: \_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Instalación, Subdivision o Comunidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_ Masculino \_\_ Femenino \_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Tiempo de Residencia en Pasco: \_\_ Completo \_\_ Parcial \_\_ Temporal

Contacto de Emergencia (Obligatorio): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_

### Si alguien ayudó al solicitante con este formulario, proporcione:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono Principal: \_\_\_\_\_

¿Es el solicitante un veteran de los Estados Unidos? \_\_ Sí \_\_ No

Los veteranos viajan gratis en el servicio **GoPasco** ADA Paratransito. Para informar el estado de veterano, adjunte una copia de una de las siguientes tarjetas de identificación a esta solicitud (verifique la identificación utilizada):

\_\_\_\_ Identificación Militar \_\_\_\_ Forma DD2 \_\_\_\_ Tarjeta VA \_\_\_\_ Identificación Estatal Marcada con una "V" \_\_\_\_

*\*Esta información es opcional y se utiliza solo para fines de informes estadísticos; no se utiliza para determinar la elegibilidad para los servicios. Marque todo lo que corresponda y complete los espacios en blanco:*

\_\_ Indio Americano \_\_ Asiático \_\_ Negro \_\_ Hispano \_\_ Islas del Pacífico \_\_ Blanco

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Consideraciones Culturales: \_\_\_\_\_

# Solicitud de Paratránsito **GoPasco** ADA

## **LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA) Y POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

Es política de **GoPasco** salvaguardar y mantener la confidencialidad de toda la información sobre cualquier solicitante o cliente de cualquier servicio ofrecido por **GoPasco**. Esta política se aplica a cualquier comunicación escrita, verbal, electrónica o de otro tipo entre **GoPasco** y cualquier solicitante o cliente. Esta política se aplica tanto a la información personal como a la médica. **GoPasco** solo les dará a los empleados acceso a esta información cuando la necesitan para cumplir con el requisito de elegibilidad, brindar un servicio de paratránsito al solicitante o cuando cumplan con los requisitos de informes reglamentarios.

El solicitante reconoce que **GoPasco** no compartirá la información personal y médica del solicitante con ninguna persona o agencia sin su consentimiento expreso por escrito. **GoPasco** puede verificar la información proporcionada en esta solicitud con el profesional de la salud que la proporciona.

*Al firmar a continuación, reconozco que he leído, comprendido y recibido una copia de este aviso.*

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Sí el solicitante no puede firmar ningún documento en esta solicitud, el poder notarial del solicitante puede firmar por el solicitante y debe proporcionar prueba de su poder notarial.*

## **PARTE 2 INFORMACION SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE**

1. Marque todas las condiciones que impiden que el solicitante utilice de forma independiente el servicio de ruta fija de **GoPasco**. El proveedor de atención médica del solicitante completará el Formulario A de verificación médica general, verificando las condiciones marcadas a continuación.

<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> La discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascul Periférica
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/> Cuadriplejia
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular / Trauma Cerebral
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal / Diálisis	<input type="checkbox"/> Trombosis
<input type="checkbox"/> Cognitivo Defecto	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Discapacidad Visual
<input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental	
<input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones	<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple	
<input type="checkbox"/> Cirugía: Fecha _____ Typo _____	<input type="checkbox"/> Paraplejia	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

## Solicitud de Paratránsito **GoPasco** ADA

2. Verifique todas las ayudas para la movilidad o los dispositivos medicos utilizados por el solicitante:

Oxígeno                       Muletas                       Baston Blanco  
 Bastón                       Silla de Ruedas                       Tarjetas de referencia  
 Apoyos para las                       Silla de Ruedas                       Otro: \_\_\_\_\_  
piernas                      Electrica  
 Walker                       Scooter Electrico  
 Animal de servicio, describa: \_\_\_\_\_

3. Un asistente de cuidado personal (PCA) es un adulto responsable que ayuda a otra persona con sus Activaciones de la vida diaria (ADL), incluidos los viajes. Los PCA siempre pueden viajar con un cliente elegible sin cargo cuando se establece una necesidad médicamente justificable. **GoPasco** no proporcionará al solicitante una PCA, ni los conductors de GoPasco ayudarán a los clients con sus ADL. ¿El solicitante requiere la asistencia de un PCA?

Si, se necesita un PCA para ayudar al solicitante con (marque todo lo que corresponda):

Movilidad                       Transferencias                       Toma de decisiones  
 Leyendo                       Navegación                       Medicamento  
 Otro: \_\_\_\_\_

No, el solicitante no necesita un PCA.

### PARTE 3 PREGUNTAS SOBRE EL USO DE AUTOBUSES DE RUTA FIJA **GoPASCO**

1. ¿El solicitante ha utilizado alguna vez los autobuses de ruta fija de **GoPasco**?  
 Yes     No
2. En caso afirmativo, ingrese la fecha en que el solicitante viajó por última vez en un autobus de ruta fija **GoPasco**: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuántas veces ha utilizado el solicitante un autobus de ruta fiha **GoPasco** durante el último año?  Nunca     1-12 Veces     12-50 Veces     Más de 50 Veces
4. Si el solicitante utilizaba el servicio de ruta fiha de **GoPasco** y desde entonces se detuvo, explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Solicitud de Paratránsito **GoPasco** ADA

5. ¿Qué ayudará al solicitante a viajar en in autobus de ruta fija **GoPasco**? (marque todo lo que corresponda)

- Ayudas a la comunicación.
- Informació de ruta y horario.
- Que le enseñen cómo viajar en los autobuses.
- Tener paradas de autobús más cerca de casa y destinos.
- Otro: \_\_\_\_\_
- Nada puede ayudar al solicitante a utilizar el servicio de ruta fija de **GoPasco**.

6. C¿Puede el solicitante pedir y seguir instrucciones escritas y / o orales para usar un autobús de ruta fija **GoPasco**?  Si  No  A veces

Si la respuesta es NO o A veces, marque todas las opciones que correspondan:

- El solicitante probablemente podría viajar en autobú si alguien le enseñara cómo hacerlo.
- Otras personas no pueden entender al solicitante.
- El solicitante puede confundirse o perderse en el autobús.
- Otro: \_\_\_\_\_

7. ¿ Puede el solicitante ir solo a las paradas de autobús?  Yes  No  Sometimes

Si la respuesta es No o A veces, marque todas las opciones que correspondan:

- El solicitante probablemente podría viajar en autobús si alguien le enseñara cómo hacerlo
- El solicitante se confunde y no puede encontrar el camino.
- El solicitante no puede viajar afuera cuando hace demasiado calor.
- El solicitante no puede usar calles o aceras que sean demasiado empinadas.
- El solicitante no puede cruzar calles e intersecciones con mucho tráfico.
- El solicitante no puede llegar a lugares sin bordillos.
- El solicitante no puede ver bien de noche.
- Otro: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Paratránsito **GoPasco** ADA

8. ¿Hasta dónde puede viajar el solicitante por su cuenta, con o sin un dispositivo de ayuda a la movilidad?

No puede salir de la residencia solo.

Capaz de viajar desde la residencia hasta la acera o entrada de autos.

Capaz de viajar desde la residencia hasta la parada de autobús más cercana.

9. ¿Puede el solicitante esperar afuera hasta 30 minutos para un autobús de ruta fija **GoPasco**?

Sí     Sí, si pueden sentarse     Sí, si hay refugio     No

10. ¿Puede el solicitante usar una rampa o un ascensor para abordar un autobús de ruta fija **GoPasco**?

Sí     No     A veces     No lo sé

Si marca *No* o *A veces*, explique por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Una vez a bordo de un autobús de ruta fija de **GoPasco**, ¿puede el solicitante sentarse o sentarse en una silla de ruedas sin ayuda?

Sí     No     A veces     No lo se

Si marca *No* o *A veces*, explique por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Si el solicitante puede abordar un autobús de ruta fija del **GoPasco**, ¿ Sabrá dónde bajarse del autobús y podrá encontrar el camino a su destino sin ayuda?

Sí     No     A veces     No lo sé

Si marca *No* o *A veces*, explique por qué: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Solicitud de Paratránsito **GoPasco** ADA

13. ¿Existen otras razones por las que el solicitante no puede viajar en un autobús de ruta fija de **GoPasco**? Por favor marque todos los que apliquen:

- Demasiado tráfico       No hay cruces peatonales  No hay semáforos para cruzar la calle
- No hay cortes en las aceras  No hay aceras o son malas  Construcción de carreteras
- Demasiado lejos para caminar  No puede estar en Lima frío o caluroso durante más de 30 minutos
- Otra razón: \_\_\_\_\_

14. Si el solicitante no puede tolerar el clima frío o caluroso, indique la temperatura más fría y cálida que puede tolerar, por cuánto tiempo y por qué: \_\_\_\_\_

---

---

15. Proporcione los nombres y la dirección de los lugares a los que el solicitante va habitualmente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

16. Proporcione otra información relevante sobre el solicitante que no se le haya pedido: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

# Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

## **PARTE 4 RECOPIACIÓN DE NÚMEROS DE SEGURIDAD SOCIAL AVISO (PARTICIPANTES DEL PROGRAMA)**

El Estatuto de Florida 119.071(5) y el Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Sección 435. 910 requiere que una agencia que recolecta Números de Seguro Social proporcione una explicación por escrito por qué están recolectando el Número de Seguro Social.

### **¿ Por qué el transporte público del condado de Pasco recopila el número de Seguro Social del solicitante?**

El transporte público del condado de Pasco está recopilando el número de Seguro social del solicitante como parte de su responsabilidad de determinar la elegibilidad para el transporte. **GoPasco** hace est para evaluar la elegibilidad del solicitante para los servicios de transporte financiados por el gobierno estatal o federal.

**La provision del número de Seguro Social del solicitante es obligatoria, y la información del solicitante permanecerá confidencial y protegida bajo pena de ley.** **GoPasco** no utilizará ni dará a conocer el número de Seguro social del colicitante por ningún motivo que no sea para determinar la elegibilidad del solicitante para los servicios de transporte. **GoPasco** no dará el número de Seguro social del solicitante a otras agencias a menos que el solicitante haya firmdo un formulario por separado dando su consentimitnto para la divulgación de información a otra agencia.

### **Declaración Jurada:**

*Entiendo Y afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y precisa a mi leal saber y entender y autorizo la divulgación de esta información a **GoPasco** con el propósito de evaluar mi elegibilidad para participar en el programa de servicios de Paratransit. Entiendo que proporcionar información falsa o engañoso, o hacer reclamos fraudulentos o hacer declaraciones falsas en nombre de otros constituye un delito grace según las leyes del estado de Florida. Acepto notificar a **GoPasco** de cualquier cambio en mi estado inmediatamente y entiendo que esto puede afectar mi elegibilidad para utilizar estos servicios. Entiendo la razón por la que el transporte público del condado de Pasco recopila mi número de seguro social.*

Número de seguro social del solicitante: \_\_\_\_\_

\_\_\_ *Al marcar esta declaración, declare que me niego a proporcionar mi Número de Seguro Social. Entiendo que no se me considerará para ningún servicio de paratrásito que requiera un número de seguro social. Me gustaría ser considerado para otros servicios que no requieren uno y he completado el Formulario E solicitud para otros servicios de paratrásito.*

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el solicitante no puede firmarr, el poder notarial del solicitante puede firmar por el solicitante y debe porporcionar prueba de su poder notarial.*



## Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

### **PARTE 5 CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Al firmar a continuación, el solicitante afirma que la información proporcionada en la solicitud es correcta según su leal saber y entender.

#### **Declaración Jurada:**

*Entiendo que el propósito de esta solicitud es ayudar al **GoPasco** a determinar si hay ocasiones en las que no puedo usar el servicio de autobús de ruta fija del **GoPasco** y debo usar los servicios de paratransito. Certifico, a mi leal saber y entender, que la información falsa o engañosa o hacer declaraciones falsas en nombre de otros constituye fraude, se considera un delito grave según las leyes del Estado de Florida y puede resultar en una reevaluación o revocación de mi elegibilidad.*

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el solicitante no puede firmar, el poder notarial del solicitante puede firmar por el solicitante y debe proporcionar prueba de su poder notarial.*

Adjunte una copia de la identificación oficial con fotografía válida del solicitante a esta solicitud. Los formularios aceptables incluyen una licencia de conducir emitida por el estado, una tarjeta de identificación emitida por el estado, una tarjeta de identificación emitida por el ejército de los EE. UU o un pasaporte.

### **PARTE 6 AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL SOLICITANTE**

*Al firmar a continuación, doy permiso a mis proveedores de atención médica para que divulguen mi información médica protegida al transporte público del condado de Pasco, con el único propósito de determinar mi elegibilidad para recibir los servicios de paratrásito de **GoPasco**.*

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el solicitante no puede firmar, el poder notarial del solicitante puede firmar por el solicitante y debe proporcionar prueba de su poder notarial.*

# Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

## **PARTE 7 FORMULARIOS DE VERIFICACIÓN MÉDICA DE ELEGIBILIDAD DE PARATRANSIT GoPASCO**

Pídale al proveedor de atención médica con licencia o certificado del solicitante que complete el formulario medico que mejor describa la necesidad del solicitante de servicios de paratrásito.

### **Nota para el proveedor de atención médica:**

*Al completar I firmar los Formularios de verificación médica de elegibilidad de paratrásito, el proveedor de atención médica certifica la veracidad y exactitude de la información proporcionada en la solicitud, según su mayor conocimiento profesional. La ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 requiere que **GoPasco** brined servicios a las personas que no pueden utilizar el servicio de autobú de ruta fija de **GoPasco** debido a una discapacidad. La información que el proveedor de atención médica le permite a **GoPasco** realizar una evaluación adecuada de la elegiviliddad del solictiante.*

Para calificar para los servicios de paratransito, una persona debe cumplir con los criterios establecidos en una de las siguientes categorías:

1. Personas que, como resultado de in impedimento físico o mental (incluyendo impedimentos visuales) y sin la ayuda de otro individuo (except el operador del autobús), no pueden abordar, viajar o desembarcar de un autobús O vehículo de tránsito accessible.
2. Personas que pueden usar de forma independiente un autobús o vehiculo de tránsito accessible, pero ninguno está disponible en su ruta (todos los autobuses del **GoPasco** son una queja de la ADA).
3. Personas que tienen una condición específica relacionada con una discapacidad que les impide llegar o salir de una parade de autobús de ruta fija de **GoPasco**.

Cualquiera que solicite el servicio ADA paratransito debe presentar el Formulario A: Verificación médica general. Los solicitantes también pueden, pero no están obligados, a enval los siguientes formularios:

- Verificación de discapacidad visual formulario B
- Verificación formulario C de epilepsia o trastornos convulsivos
- Verificación de condiciones de salud mental o cognitive Formulario D

Todos los solicitantes deben completar el formulario E de solicitud para otros servicios de paratrásito. Cuantos más servicios califique un solicitante, má flexibilidad tendrá al utilizar un servicio de paratrásito de **GoPasco**.

Adjunte todos los formularios de verificación médica originales firmados a esta solicitud antes de enviarla al transporte público del condado de Pasco para una determinación de elegibilidad.

# Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

## Formulario A de verificación médica general

El profesional de la salud con licencia de Florida que esté más familiarizado con el historial médico del solicitante debe completar y firmar este formulario. ***El profesional médico debe poder determinar la capacidad o incapacidad del solicitante para navegar por el Sistema de autobús de ruta fija del transporte público del condado de Pasco (GoPasco).*** Los profesionales médicos calificados incluyen:

- Médicos con licencia (MD)
- Consejeros de rehabilitación certificados
- Fisioterapeutas
- Terapeutas Ocupacionales
- Especialistas en Orientación y movilidad

Explique cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de **GoPasco** de forma independiente. Para obtener más información sobre el servicio de **GoPasco**, visite [rideGoPasco.com](http://rideGoPasco.com) o llame al 727-834-3322 para hablar con un representante.

Tenga en cuenta que todos los autobuses de ruta fija del **GoPasco** son 100% accesibles para las personas con discapacidades, según lo exige la Circular 4710.1 de la Autoridad Federal de Tránsito de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA): Orientación. Este documento se puede encontrar en:

[https://www.transit.dot.gov/sites/fta.dot.gov/files/docs/Final\\_FTA\\_ADA\\_Circular\\_C\\_4710.1.pdf](https://www.transit.dot.gov/sites/fta.dot.gov/files/docs/Final_FTA_ADA_Circular_C_4710.1.pdf).

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

1. Fecha de aparición de la discapacidad o condición médica calificada: \_\_\_\_\_
2. ¿La limitación funcional del solicitante es permanente? Is applicant's functional limitation permanent?      \_\_\_ Sí      \_\_\_ No

En caso negativo, ¿cuál es la duración esperada (años y / o meses)? \_\_\_\_\_

**GoPasco** no proporcionará un asistente de cuidado personal (PCA), ni los conductores de **GoPasco** ayudarán a los clientes con sus actividades de la vida diaria. ¿El solicitante necesita un PCA para viajar de manera segura en un vehículo de paratrásito **GoPasco**? \_\_\_  
Yes    \_\_\_ No En Caso afirmativo, explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA  
Formulario A de verificación médica general

**GoPasco** Paratransito ofrece servicio Puerta a Puerta. Recogeremos a un cliente en la Puerta de un punto de partida, lo conduciremos a un destino y luego lo entregaremos en la Puerta de destino. Nuestros conductors ayudan a los pasajeros a subir y bajar de los vehículos, lo que uncluye asegurar sillas de ruedas y otros dispositivos de movilidad y guardar paquetes. Los conductors no ingresan a los edificios ni se ponen en contacto con los miembros del personal que están a la vista en nombre del cliente.

¿ Se puede dejar al solicitante desatendido de manera segura en un lugar de recogida o entrega?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es No, explique por qué \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Proporcione cualquier otra información que pueda ayudar al **GoPasco** a determinar la elegibilidad del solicitante para el servicio de Paratransit: \_\_\_\_\_

---

---

---

*Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.*

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Imprima su información de contacto a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de Negocios: \_\_\_\_\_

Certificado de la Junta de Florida o número de licencia: \_\_\_\_\_

# Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

## Formulario B de Verificación de Discapacidad Visual

Explique cómo la discapacidad visual del solicitante le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de **GoPasco** de forma independiente.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Indique la discapacidad visual del solicitante: \_\_\_\_\_

2. Agudeza visual corregida: OS \_\_\_\_\_ OD \_\_\_\_\_

3. Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

4. ¿La limitación funcional del solicitante es permanente? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

En caso negativo, ¿cuál es la duración esperada (años y / o meses)? \_\_\_\_\_

5. Explique cómo la discapacidad visual del solicitante, combinada con cualquier barrera ambiental, impide su uso independiente del servicio de autobús de ruta fija de **GoPasco**:

\_\_\_\_\_

6. **GoPasco** no proporcionará un asistente de cuidado personal (PCA), ni los conductores de **GoPasco** ayudarán a los clientes con sus actividades de la vida diaria. ¿El solicitante necesita un PCA para viajar de manera segura en un vehículo de paratrásito **GoPasco**?  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es No, explique por qué:

\_\_\_\_\_

7. Los conductores de **GoPasco** Paratransito no ingresan a los edificios ni se comunican con los miembros del personal que están a la vista en nombre de un cliente. ¿Se puede dejar desatendido al solicitante de manera segura en los lugares de recogida o devolución?  
\_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es No, explique por qué: \_\_\_

\_\_\_\_\_

*Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.*

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Imprima su información de contacto: Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección Comercial: \_\_\_\_\_

Certificado de la Junta de Florida o número de licencia: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

### Formulario B de Verificación de Discapacidad Visual

Explique cómo la epilepsia o el trastorno convulsivo del solicitante le impiden utilizar el servicio de autobús de ruta fija de **GoPasco** de forma independiente.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Tipo de convulsión: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

2. ¿La convulsión altera la conciencia o la conciencia? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

3. ¿La limitación funcional del solicitante es permanente? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

En caso negativo, ¿Cuál es la duración esperada (años y / o meses)? \_\_\_\_\_

4. Explique los comportamientos exhibidos por el solicitante durante y después de una convulsión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Podrá el solicitante viajar de forma independiente en autobuses de ruta fija si cumplen con los requisitos de medicación? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

6. **GoPasco** no proporcionará un asistente de cuidado personal (PCA), ni los conductores de **GoPasco** ayudarán a los clientes con sus actividades de la vida diaria. ¿El solicitante necesita un PCA para viajar de manera segura en un vehículo de paratrásito \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo, explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Los conductores de **GoPasco** paratrásito no ingresan a los edificios ni se comunican con los miembros del personal que están a la vista en nombre de un cliente. ¿Se puede dejar desatendido al solicitante de manera segura en los lugares de recogida o devolución? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Si la respuesta es No, explique por qué: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.*

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Imprima su información de contacto: Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección Comercial: \_\_\_\_\_

Certificado de la Junta de Florida o número de licencia: \_\_\_\_\_

# Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

## Formulario B de Verificación de Discapacidad Visual

Explique cómo la salud mental o cognitiva del solicitante le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de **GoPasco** de forma independiente.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ DFecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Diagnóstico del DSM-5 del solicitante: \_\_\_\_\_ Decha de inicio: \_\_\_\_\_

2. ¿La discapacidad altera la conciencia o la conciencia?  Sí  No

3. ¿La limitación funcional del solicitante es permanente?  Sí  No

En caso negativo, ¿Cuál es la duración esperada (años y / o meses): \_\_\_\_\_

4. Marque cualquiera de los siguientes que se ve afectado por la discapacidad de la persona:

Orientación  Concentración  tiempo monitoreo

Resolución de problemas  Habilidad de afrontamiento  Juicio

Comunicación  Marcha O equilibrio  Consistencia

Comportamiento Social  Agresión  Rendimiento

Ansiedad  Memoria a corto plazo  Mem a largo plazo

Otro: \_\_\_\_\_

5. ¿Podrá el solicitante viajar de forma independiente en autobuses de ruta fija si cumplen con los requisitos de medicación?  Sí  No

6. **GoPasco** no proporcionará un asistente de cuidado personal (PCA), ni los conductores de **GoPasco** ayudarán a los clients con sus actividades de la vida diaria. ¿El solicitante necesita un PCA para viajar de manera segura en un vehículo de paratrásito **GoPasco**?  Sí  No En caso afirmativo, explique por qué:

7. Los conductores de **GoPasco** Paratransito no ingresan a los edificios ni de comunican con los miembros del personal que están a la vista en nombre de un cliente. ¿Se puede dejar desatendido al solicitante de manera segura en los lugares de recogida o devolución?  Sí  No Si la respuesta es No, explique por qué:

*Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.*

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de atención médica autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Imprima su información de contacto: Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección Comercial: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Certificado de la Junta de Florida o número de licencia: \_\_\_\_\_

# Solicitud de Paratrásito **GoPasco** ADA

## Formulario E Solicitud para otros servicios de Paratrásito

**GoPasco** ofrece otros servicios de Paratransito según la edad, los ingresos y el acceso al transporte del solicitante. Los solicitantes pueden recibir tarifas reducidas o viajes gratis, según las calificaciones y los viajes gratis, según las calificaciones y los viajes disponibles en ese momento. Cuando un cliente califica para otros servicios de Paratransito, **GoPasco** informa al cliente de su tarifa cuando se realiza la reserva. Para asegurarse de que el solicitante reciba los servicios para los que califica, complete todo este formulario. offers other Paratransit services based on an applicant's age, income, and access to transportation. Applicants may receive reduced fare or free rides, depending on qualifications and rides available at the time. When a client qualifies for other Paratransit services, **GoPasco** informs the client of their fare when the reservation is made. To ensure the applicant receives the services they qualify for, please complete all this form.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ingreso anual del hogar: \_\_\_\_\_ Fuentes de ingresos: \_\_\_\_\_

Incluido el solicitante, número total de personas en el hogar (detalles completos a continuación): \_\_\_\_

Nombre   Relación con el solicitante   Edad   Licencia para conducir   Typo de vehículo

\_\_\_\_\_    Sí    No   \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    Sí    No   \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    Sí    No   \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    Sí    No   \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_    Sí    No   \_\_\_\_\_

¿Tiene el solicitante un vehículo?  Sí  No En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

¿Algún miembro del hogar tiene un vehículo?  Sí  No ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Cómo llega actualmente el solicitante a las citas y las compras? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro programa en el que esté inscrito el solicitante que brined transporte: \_\_\_\_\_

¿Puede el solicitante transferirse fácilmente de una silla de ruedas a un automóvil?

Sí    No    N/A

Si el solicitante usa una silla de ruedas, ¿Cuáles son las dimensiones? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el peso combinado de la silla de ruedas y el solicitante? \_\_\_\_\_

¿La silla de ruedas está equipada con cinturón de seguridad?  Sí  No  N/A

¿Puede el solicitante subir 3 escalones de 12 pulgadas al autobús con pasamanos?

Yes    No    A veces

Si marcó No o A veces, explique: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_