



Solicitud del servicio de paratransito

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

- Complete la solicitud de elegibilidad, incluida en la Sección II.
- Enviar la solicitud por correo dirigida a: GoWake Access, ATTN: GoApex Paratransit Application Intake, 4401 Bland Road, Raleigh, NC 27609 o envíe la solicitud por correo electrónico a TransportationADAApplications@wakegov.com
- Una vez que se haya recibido su solicitud completa, se analizará 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.

Solicitud:

Fecha de la solicitud: _____

Sección I. Información general

Nombre _____

Dirección _____

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.

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono particular _____ Teléfono celular _____

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

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Scooter motorizado | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Bastón | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Andador | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Muletas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Abrazaderas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Oxígeno | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Otro (por favor, explique): _____

NOTA IMPORTANTE

Los pasajeros que usan sillas de ruedas/scooters deben tener una rampa si hay escalones. El conductor no "empujará" a los pasajeros hacia arriba o hacia abajo por las escaleras o dentro o fuera de las casas o edificios. Por último, tenga en cuenta que la capacidad del elevador es de **750 libras**.

1. Su condición es:

Permanente

Varía día a día

Temporal

Si es temporal, ¿cuál es la fecha de finalización estimada? _____

2. Si GoApex ofreciera capacitación gratuita sobre cómo viajar en los autobuses de

ruta fija, ¿le interesaría?

Sí

No

3. ¿Requiere Asistente de cuidado personal (PCA) para ayudarle durante el viaje?

Sí, a veces

Sí, siempre

No

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 GoApex 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: _____

Número de teléfono de contacto durante el día: _____

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

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.

Nombre del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección **física** del solicitante: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _

Dirección **de correo** del solicitante: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _

Número de teléfono del solicitante: _____

Firma del solicitante _____ Fecha: _____

Sección II: Verificación del proveedor de atención de la salud

Estimado/a profesional verificador/a:

El solicitante mencionado en esta solicitud le solicita que proporcione información sobre su capacidad para utilizar los servicios de transporte público de GoApex. GoApex brinda servicios de transporte a personas discapacitadas elegibles que no pueden usar los servicios regulares de autobús de ruta fija. La información que proporcione nos permitirá evaluar la solicitud y determinar las necesidades específicas de la persona. Gracias por su cooperación en este asunto.

TENGA EN CUENTA: Los servicios de autobús de ruta fija GoApex disponibles dentro de Town of Apex actualmente son accesibles para personas con discapacidad.

La persona que solicita el servicio según lo establecido en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) **NO DEBE PODER ACCEDER A ESTOS SERVICIOS** debido a:

- Condiciones que le impide llegar o salir de una parada de autobús de ruta fija de GoApex, o transferirse entre vehículos **y/o**
- Condiciones que le impide subir, trasladarse o bajarse de un vehículo accesible según la Ley ADA.

La solicitud completa debe enviarse a GoApex dentro de los treinta (30) días posteriores a la finalización por parte del profesional seleccionado y puede devolverse al solicitante o enviarse a lo siguiente:

Por correo: GoWake Access, ATTN: GoAPex Paratransit Application Intake, 4401 Bland Road Raleigh, NC 27609

o Por correo electrónico: TransportationADAApplications@wakegov.com

(ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE)

Nombre del cliente: _____

1. Capacidad en la que conoce al solicitante: _____

2. ¿Cuándo fue la última vez que trató o vio al solicitante? _____

3. En promedio, ¿con qué frecuencia ha visto al solicitante? _____

4. ¿Se le ha diagnosticado al solicitante una discapacidad física, cognitiva, psicológica o de otro tipo que le impida usar el servicio de autobús de ruta fija de GoApex?

Sí

No

5. ¿La discapacidad o condición del solicitante impide el uso del servicio regular de autobús de ruta fija?

Sí, a veces

Sí, siempre

No

En caso de A veces, por favor especifique: _____

6. ¿El solicitante podría usar autobuses regulares de ruta fija si se le capacita para viajar? La capacitación para viajar es un proceso de instrucción en el que las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas aprenden a navegar y viajar en transporte público de manera segura e independiente. Puede ofrecerse como capacitación individual o grupal.

Sí, a veces

Sí, siempre

No

En caso de A veces, por favor especifique: _____

7. ¿Qué distancia puede caminar/viajar el solicitante solo o con la ayuda de un dispositivo de asistencia para la movilidad? (elija una de las opciones a continuación y complete un número al lado)

_____ Pies

_____ Cuadras

_____ Millas

8. ¿Cuál es la duración esperada de la condición de la persona?

Temporal: Duración esperada aproximada hasta ____/____/____

Largo plazo: Posibilidad de mejoría o períodos de remisión

Permanente: Sin expectativa de mejoría en la función

Elija la afirmación a continuación que mejor representa su opinión profesional con respecto al uso del transporte público por parte del solicitante:

El solicitante debe poder acceder con éxito al transporte público de ruta fija.

El solicitante puede usar el transporte público de ruta fija con éxito, pero es posible que necesite utilizar el servicio puerta a puerta **bajo ciertas condiciones** debido a una condición de discapacidad o limitación funcional.

Explique las condiciones: _____

El solicitante no puede utilizar el transporte público de ruta fija debido a una condición de discapacidad o limitación funcional y requiere el servicio puerta a puerta **sin condiciones**.

Nombre en letra de molde _____

Título _____

(Si no es un médico con licencia, indique título y certificación)

Organización/Práctica _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Firma del verificador: _____

Nombre del solicitante _____

SOLO PARA USO DE Town of Apex/GoApex

APROBADO _____

DENEGADO _

SIN CONDICIONES _____

CON CONDICIONES _

TEMPORAL _____

EMITIDO POR _____

TÍTULO _____

FECHA _____

NÚMERO DEL CASO _____

Authorization for Release of Information

I authorize the professional who has completed Section II of this application to release to GoWake Access, information about my disability or health condition and its effect on my ability to travel on the GoApex transit system. I understand that I may revoke this authorization at any time.

I, the applicant, understand that the purpose of this application is to determine my eligibility to use the GoApex Door to Door services. I agree to release the information requested to GoWake Access and any eligibility review panel and understand that the information contained herein will be treated confidentially, unless otherwise required by law. I understand further that GoWake Access reserves the right to request additional information at its discretion. I agree to notify GoWake Access of any changes in the status of my disability that affects my ability to use the GoApex Door to Door services. I also understand that this may affect my eligibility as a rider.

Applicant's Name: _____

Date of Birth: _____

Applicant's **Physical** Address: _____

City _____ State _____ Zip: _____

Applicant's **Mailing** Address: _____

City _____ State _____ Zip: _____

Applicant's Telephone Number: _____

Applicant's Signature _____ Date: _____

Applicant Name _____

Section II: Health Care Provider Verification

Dear Verifying Professional:

You are being asked by the applicant named in this application to provide information regarding their ability to use the public transportation services of GoApex. 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: GoApex fixed route bus services available within the Town of Apex are currently 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 get on, ride, or get off an ADA accessible vehicle

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

By mail to: GoWake Access, ATTN: GoApex Paratransit Application Intake, 4401 Bland Rd, Raleigh, NC 27609

or by Email to: TransportationADAApplications@wakegov.com

(PLEASE PRINT)

Name of Client: _____

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

____ Yes, Sometimes ____ Yes, Always ____ No

If Sometimes, please explain: _____

6. Could the applicant use regular fixed route buses with travel training? Travel training is an instructional process where seniors, persons with disabilities and 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, please explain: _____

7. 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

8. 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

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: _____

Applicant Name _____

FOR Town of Apex/GoApex USE ONLY

APPROVED _____

DENIED _____

UNCONDITIONAL _____

CONDITIONAL _____

TEMPORARY _____

ISSUED BY _____

TITLE _____

DATE _____

FILE NUMBER _____