



Servicios Especiales de Transportación

Solicitud para Programas de Movilidad para Personas de Tercera Edad e Individuos con Discapacidades (Incluyendo Servicio de Paratransito Access ADA)

Omnitrans ofrece una variedad de programas de transportación para **personas de tercera edad (62 años o más) e individuos con discapacidades** que viven en el área de servicio de Omnitrans. La información que usted proporciona será usada para determinar su elegibilidad para programas y será mantenida estrictamente confidencial. Por favor seleccione el(los) programa(s) al que usted desea solicitar:

Programas para Personas de Tercera Edad (62 años o más) e Individuos con Discapacidades

- Entrenamiento de Transito:** Un entrenador profesional ayuda individualmente a personas a aprender como viajar por el sistema de autobús de Omnitrans. Recibe un pase de 31-dias gratuito después de la terminación exitosa.
- Programa de Ride:** Recibe una igualación una vez por mes para usar en servicio de taxi local o Lyft. Seleccione UNA opción: Taxi Lyft

Programas Solo para Individuos con Discapacidades

- Chofer Voluntario:** Proporciona reembolso de millaje para los que necesitan que otros les lleven por auto para su transportación. Un solicitante necesita ser un residente de Colton, Fontana, Grand Terrace, Highland, Loma Linda, Redlands, Rialto, San Bernardino, o Yucaipa.
Residentes de Chino, Chino Hills, Montclair, Ontario, Rancho Cucamonga, y Upland deben solicitar para el programa operado por Community Senior Services. Llame al (909) 621-9900.
- Access ADA:** Servicio paratransito de origen-a-destino y de viaje compartido para individuos con discapacidades que les impiden utilizar el sistema de autobús regular para todos o algunos viajes.

Lista de Quehaceres para la Solicitud

- **Todos los solicitantes** necesitan incluir una copia de su **identificación con foto**. (Tiene que ser en color para Solicitantes de Taxi).
- **Todos los solicitantes** necesitan completar las **Secciones 1, 2, y 3**.
- **Solicitantes para Chofer Voluntario** necesitan completar las **Secciones 4 y 5**. Incluya documentación con la solicitud indicando que el solicitante es el dueño de la cuenta bancaria que recibirá pagos de reembolso de millaje. También incluya una copia de la Licencia de Conducir de California válida para cada chofer voluntario que será registrado.
- Los solicitantes de **Taxi Ride y Lyft Ride** necesitan completar la **Sección 6**.
- **Todos los solicitantes de Access ADA** necesitan completar la **Sección 7**.
- **Los individuos con discapacidades que no están solicitando para Access ADA** también necesitan completar la **Sección 7 a menos que** puedan incluir una copia de lo siguiente:
 - Tarjeta de identificación valida de ADA o tarifa reducida de Omnitrans u otra agencia de transito
 - Carta de beneficios de Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI) o Servicios para Apoyo en el Hogar (IHSS)
 - Tarjeta de Medicare (si tiene menos que 62 años de edad)
 - Recibo de DMV para cartel de discapacidad
 - Identificación de Veterano Discapacitado o Carta de Discapacidad de la Administración de Veteranos

Como Entregar Su Solicitud Completa

Si usted está solicitando para el servicio de Access ADA, tendrá que completar una evaluación en persona en una oficina de Omnitrans para revisar su solicitud. Llame al (909) 379-7284 para hacer una cita de evaluación, y traiga su solicitud completa con usted (no la envíe por correo postal, fax, o correo electrónico).

Si usted está solicitando para Entrenamiento de Transito, Programa Ride, o Programa de Chofer

Voluntario, usted puede enviar la solicitud a Omnitrans Special Transportation Services, 1700 W. 5th Street, San Bernardino, CA 92411. Usted también puede enviar su solicitud por fax al (909) 981-2299 o por correo electrónico a ctsa@omnitrans.org. *El procesamiento de su solicitud completa puede durar hasta 14 días laborales.* Para ayuda adicional, llame al (909) 379-7341.

Información Adicional Acerca de la Evaluación En Persona y Elegibilidad de Access ADA

Se requiere que todos los solicitantes de Access ADA completen una evaluación en persona con un Técnico de Elegibilidad de Paratrásito en una oficina solamente con una cita. Usted necesitara traer su solicitud completa, incluyendo la Sección de Verificación de Profesional Medico completada por un profesional médico licenciado cualificado. El proceso de evaluación puede durar hasta dos horas más su tiempo de viajar, y transportación gratuita para la llegada a y regreso de la cita está disponible por solicitud.

Durante la evaluación, el Técnico de Elegibilidad de Paratrásito revisará su solicitud y le hará preguntas adicionales acerca de su habilidad para usar el sistema de autobús regular. Se puede requerir que usted participe en una evaluación funcional al aire libre en la comunidad para evaluar mejor sus habilidades. Usted recibirá su determinación de elegibilidad escrita entre 21 días después de la fecha que su solicitud está completa, que incluye su evaluación de elegibilidad en persona y la revisión de cualquiera información adicional. Usted puede ser aprobado para elegibilidad completa (“Unconditional”), elegibilidad limitada para condiciones específicas (“Conditional”), o por un periodo temporal (“Temporary”). Su foto será tomada durante la evaluación en persona y será usada para su tarjeta de identificación ADA si se determina que usted es elegible.

Se basan las determinaciones de elegibilidad únicamente en si usted tiene una discapacidad que le impide viajar por el autobús para todos o algunos viajes. Los individuos que están decididos a tener la habilidad para viajar por el sistema de autobús regular para todos los viajes no recibirán elegibilidad para Access. Si usted no está de acuerdo con su determinación de elegibilidad, usted puede elegir una apelación escrita a Omnitrans de Nivel Uno o Nivel Dos entre 60 días. En una apelación de Nivel Uno, un Especialista de Apelaciones que es independiente del Departamento de Elegibilidad revisará la documentación y cualquiera información nueva que usted proporciona y le parece que es relevante. En una apelación de Nivel Dos, usted se puede presentar frente de un Comité de Revisión de Apelaciones para presentar información que usted piensa debe ser considerada. La decisión del comité es final.

Para más información acerca del servicio Access de Omnitrans, por favor consulte a la versión más reciente del folleto de “Políticas de Paratrásito para Personas con Discapacidades.”

Sección 1: Información del Solicitante (Todos los Solicitantes)

Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____

Dirección de Domicilio _____

Dirección Postal (si es diferente) _____

Teléfono Preferido (_____) _____ Otro Teléfono (_____) _____

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) ____ / ____ / ____ Edad _____ Hombre Mujer

¿Tiene usted una discapacidad? Sí, permanente Sí, temporal No

Si aplica, ¿cuándo fue verificada su discapacidad por un médico? _____

¿Actualmente está usted registrado con un servicio de paratransito ADA?

Sí, Omnitrans Access (ID # _____) Sí, con otra agencia de tránsito No

¿Tiene una necesidad especial de comunicación? (letra grande, Braille, TDD/Retransmisión de California, etc.)?

¿Tiene una discapacidad relacionada con servicio militar? Sí, 30% o más Sí, menos de 30% No

Nombre de Contacto de Emergencia _____ Número de Teléfono (_____) _____

Sección 2: Información de Movilidad Actual (Todos los Solicitantes)

¿Utiliza usted cualquier de los siguientes?

- Andador (¿Es plegable? Yes No) Silla de Estilo de Cochecito Silla de ruedas manual
 Silla de ruedas eléctrica Scooter eléctrico Muletas Bastón/bastón blanco
 Aparato prostético Aparato ortopédico Oxigeno Animal de Servicio Certificado
 Otro _____

¿Si utiliza una silla de ruedas manual, puede trasladarse a un asiento regular sin ayuda? Yes No

¿Actualmente viaja usted por el sistema de autobús regular? Sí No A veces

¿Si no aplica, como viaja usted actualmente? _____

¿Cuál es o sería lo más difícil para usted viajar por autobús?

¿Puede o podría usted llegar a la parada y abordarse al autobús sin la ayuda de otra persona?

¿Sabe usted las rutas de autobús que sirven a su vecindario y son las más cercanas a su hogar?

¿Cómo describiría el ara donde usted vive? (colina escarpada, colina gradual, etc.)?

¿Cuantos escalones hay en la entrada de su vivienda? _____

¿Hay una acera en su vivienda? Yes No

¿Hay una rampa en su vivienda? Yes No

¿Vive usted en la planta baja? Yes No

Sección 3: Acuerdo del Solicitante (Todos los Solicitantes)

Si está solicitando para Access ADA de Omnitrans:

Yo he leído y entendido completamente el proceso de elegibilidad como se describe en el Guía de Elegibilidad de Paratransito Access de Omnitrans incluido con esta solicitud. Yo estoy de acuerdo de que, si se me certifica para servicio de Access de Omnitrans, yo pagare la tarifa exacta, si se requiere, para cada viaje. Estoy de acuerdo de que yo notificare a la oficina de Elegibilidad de Omnitrans de cualquier cambio de mi situación que puede afectar mi elegibilidad para usar el servicio. También entiendo que el fracaso de cumplir con los procedimientos y las Políticas de Paratransito Omnitrans será razón para revocar mi elegibilidad y el derecho de participar en el programa. Yo he leído y entiendo completamente las condiciones del servicio como se presentan en las Políticas de Paratransito Access de Omnitrans y estoy de acuerdo de cumplir con ellos.

Si está solicitando para el Programa de Reembolso para Acompañante de Transportación (Chofer Voluntario), Programa Ride de Taxi, o Programa Ride de Lyft:

Yo reconozco que hacer que otras personas me lleven por auto es una actividad intrínsecamente peligrosa y que la participación en estos programas puede involucrar algún peligro a mi persona o propiedad, o la persona o propiedad de otros.

En consideración de mi participación en los programas, estoy de acuerdo de indemnizar y mantener inofensivo a Omnitrans, sus oficiales, directores, agentes, empleados, y voluntarios, y también cualquiera y todas las organizaciones, agencias, u individuos que proporcionan fondos a o en otra manera apoyan a los programas, de cualquiera y todas las reclamaciones, perdidas, y obligaciones (incluyendo costos y honorarios de abogados) para daño causado a la propiedad de o una lesión o la muerte de mi o de otros por razón de o de una manera conectada a mi participación en los programas.

Para Todos Los Solicitantes:

Yo entiendo y estoy de acuerdo de mantener inofensivo a Access y Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans contra cualquiera reclamación u obligación de daño causado a cualquiera persona, propiedad, o lesión personal como resultado del fracaso de mi parte de proporcionar o mantener la seguridad del equipo adaptivo o animal de servicio que yo requiero para la movilidad. Yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Yo entiendo que la información que estoy proporcionada será mantenida como confidencial, será utilizada solamente para determinar mi elegibilidad inicial y continuada para los programas, y será guardada como parte permanente de mi archivo. Yo autorizo el intercambio de información de verificación y cualquiera información adicional a Omnitrans para el propósito de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de Access y/u otros programas operados por Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans.

Yo estoy de acuerdo de cumplir con todas las políticas de Omnitrans, como me las comunican, incluyendo políticas en los guías de programas, y reconozco que el fracaso por mi parte de cumplir con cualquiera política de un programa puede resultar in la terminación de servicios. Yo entiendo que es la política de Omnitrans investigar cualquier caso de fraude afirmado o supuesto. Una "reclamación fraudulenta" es cometida cuando una representación falsa de un hecho del presente o pasado se hace por un consumidor de Omnitrans, miembro de su familia, o persona no relacionada como su cuidador o chofer voluntario, que resulta en el pago de fondos.

Yo entiendo que Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans a veces puede revisar políticas y formularios utilizados para los programas, y yo estoy de acuerdo de cumplir con la versión más reciente de todos los documentos.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Proporcione la siguiente información si otra persona completo la solicitud para el solicitante:

Nombre _____ Teléfono Principal (_____) _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____

Sección 4: Información de Depósito Directo (Solicitantes de Chofer Voluntario Solamente)

Se realizarán todos los pagos de reembolso de millaje por depósito directo. Se requiere que los fondos sean depositados en una cuenta con el solicitante figurado como el dueño, y se necesita incluir con su solicitud documentación que identifica el solicitante como el dueño (cheque anulado, formulario de depósito directo, estado de cuenta).

Nombre de Banco _____

Tipo de Cuenta: Cheques Ahorros

Número de Cuenta: _____ Numero de Ruta: _____

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Sección 5: Acuerdo de Chofer Voluntario (Solicitantes de Chofer Voluntario Solamente)

(Para ser completado por el chofer que usted utilizara para el programa)

Se requiere un acuerdo firmado para cada chofer voluntario que se registra en el Programa de Chofer Voluntario. Además, usted necesitara incluir una fotocopia de su Licencia de Conducir de California valida con esta solicitud. Como un chofer voluntario registrado en el Programa de Reembolso de Acompañante de Transportación (TREP), usted está de acuerdo con lo siguiente:

- Usted cumplirá con la versión más reciente de las políticas y los procedimientos del programa.
- Usted no está empleado por su pasajero ni por Omnitrans, y usted está voluntariamente ayudando a su(s) pasajero(s) como es mutuamente conveniente para ustedes dos.
- Usted está de acuerdo de indemnizar y mantener inofensivo a Omnitrans, sus oficiales, directores, agentes, empleados, y voluntarios, y también cualquiera y todas las organizaciones, agencies, u individuos que proporcionan fondos a o en otra manera apoyan al Programa de Reembolso de Acompañante de Transportación, de cualquiera y todas las reclamaciones, perdidas, y obligaciones (incluyendo costos y honorarios de abogados) para daño causado a la propiedad de o una lesión o la muerte de mi o de otros por razón de o de una manera conectada a mi participación en este programa como acompañante voluntario y chofer voluntario.

Nombre de Chofer (Primer, Inicial, Apellido) _____

Domicilio de Chofer _____

Teléfono de Chofer (_____) _____ Licencia de Conducir # _____

Fecha de Vencimiento _____ Relación con Solicitante _____

Correo electrónico (se requiere si utilizara el sistema en línea) _____

Firma de chofer _____ Fecha _____

Sección 6: Formulario de Autorización Para Archivar Tarjeta (Solicitantes de Taxi Ride y Lyft Ride Solamente)

La tarjeta que usted proporciona será utilizada para cargar fondos en su Programa de Ride. La tarjeta será archivada y permanecer en efecto hasta que venza o usted pida que quitamos la tarjeta. Por proporcionar esta información, usted autoriza a Omnitrans a procesar esta tarjeta para cargar fondos al Programa de Ride.

Nombre en la Tarjeta _____

Nombre de Solicitante (si es diferente) _____

Número de Tarjeta _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de Vencimiento (MM/AA) ____ / ____

Firma de Titular de Tarjeta _____ Fecha _____

Sección 7: Verificación de Professional Medico

Todos los Solicitantes de Access ADA: Se requiere esta sección.

Personas Mayores Solicitando para Programas de Entrenamiento de Transito o Ride: No se requiere esta sección.

Individuos con Discapacidades Que No Están Solicitando Para Access ADA: Se requiere esta sección solamente si usted no incluye una de las formas de prueba de discapacidad mencionadas en la primera página de la solicitud.

Esta sección tiene que ser completada por un profesional medico licenciado cualificado. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a un médico, psiquiatra, psicólogo, quiropráctico, oftalmólogo, enfermero registrado, o trabajador social.

Name of Professional _____ License No. _____

Title _____ Agency/Affiliation _____

Business Address _____

Business Telephone (_____) _____

Medical diagnosis that causes the client's disability _____

Is the condition temporary? Yes (Expected duration: _____) No, it's permanent

Does the applicant's disability require they travel with an attendant? Yes No Sometimes

Explain "Yes" or "Sometimes" _____

Complete if client has a visual impairment

Best corrected acuity? Right _____ Left _____ Field restriction? Right _____ Left _____

If the client has a disability affecting mobility or is legally blind, are they able to:

Travel a distance of 200 feet without assistance? Yes No Sometimes

Travel a distance of 3 blocks (1/4 mile) without assistance over different types of terrain? Yes No Sometimes

Travel a distance of 6 blocks (1/2 mile) without assistance over different types of terrain? Yes No Sometimes

Wait outside without support for 15-30 minutes in different weather conditions? Yes No Sometimes

Cross a 2-way stop? Yes No Sometimes

Cross a 4-way stop? Yes No Sometimes

Cross traffic light-controlled intersections in a residential, semi-business, or business area? Yes No Sometimes

Explain "No" or "Sometimes" responses: _____

If the client has a cognitive disability, are they able to:

Give their name, address, and telephone numbers upon request? Yes No Sometimes

Recognize a destination or landmark? Yes No Sometimes

Deal with unexpected situations or unexpected changes in routine? Yes No Sometimes

Ask for, understand, and follow directions? Yes No Sometimes

Safely and effectively travel through crowded and/or complex facilities? Yes No Sometimes

Explain "No" or "Sometimes" responses: _____

If the client is speech impaired, are they able to:

Communicate verbally? Yes No Sometimes

Communicate with an augmentative device? Yes No Sometimes

Communicate in writing? Yes No Sometimes

Communicate over the phone? Yes No Sometimes

Explain "No" or "Sometimes" responses: _____

I verify that the information provide on this verification of eligibility form is true and correct to the best of my knowledge.

Signature of Qualified Healthcare Professional _____

Date _____ License # _____