

Ciudad de La Crosse Wisconsin
Utilidad de tránsito municipal
Servicio de Paratrásito Complementario
Certificación de discapacidad ADA

Información general

Cualquier persona con discapacidades que califiquen puede utilizar el servicio de paratrásito complementario como medio de transporte dentro del área de servicio de La Crosse Municipal Transit Utility. Una persona estará calificada en una de las tres categorías de estado de discapacidad. La información proporcionada por el solicitante se mantendrá confidencial en la medida prevista por la ley.

NORMAS GENERALES DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁSITO:

Para ser elegible, una persona debe tener una discapacidad que inhiba su capacidad para utilizar el sistema de transporte de ruta fija de MTU en una o más de las siguientes áreas:

1. Subir o bajar del servicio de autobús de ruta fija.
2. Esperar o estar de pie por períodos prolongados de tiempo.
3. Leer y/o comprender carteles informativos, folletos, horarios o mapas.
4. Escuchar y/o comprender información verbal proporcionada por el personal de ruta fija.

CATEGORÍAS DE ELEGIBILIDAD:

Categoría 1: cualquier persona que, como resultado de una discapacidad física o mental y sin la ayuda de otra persona (excepto el conductor del autobús), no pueda abordar, viajar o desembarcar de cualquier vehículo del sistema que sea fácilmente accesible y utilizable. por personas con discapacidad.

Ejemplo: personas que no pueden abordar, viajar o descender de un autobús equipado con ascensor.

Categoría 2: será elegible cualquier persona con una discapacidad que necesite la asistencia de un vehículo/autobús accesible (un elevador para sillas de ruedas), pero para quien el viaje deseado no sea accesible.

Ejemplo: vehículos y/o rutas inaccesibles.

Categoría 3: cualquier persona con una discapacidad que tenga una discapacidad específica que le impida viajar a un lugar de embarque o desde un lugar de desembarque en dicho sistema.

Ejemplo: personas a las que se les impide llegar a una parada de autobús.

Nota: Condiciones como la distancia, el terreno y el clima, cuando se consideran por sí solas, no confieren elegibilidad

INSERTO INFORMATIVO

Este inserto informativo tiene como objetivo ayudar a definir mejor a aquellas personas que son elegibles para el Servicio de Paratrásito. Las siguientes definiciones, que establecen más claramente quién es elegible y quién no para el servicio de paratrásito complementario, se han tomado del Registro Federal, Volumen 56, No 173, Parte 37.3, Definiciones.

DISCAPACIDAD: significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las principales actividades de la vida de dicho individuo; un historial de tal impedimento; o ser considerado que tiene tal impedimento.

(1) La frase "discapacidad física o mental" significa:

(i) Cualquier trastorno o condición fisiológica, desfiguración cosmética o pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas corporales: neurológicos, musculoesqueléticos, órganos de los sentidos especiales, respiratorios, incluidos los órganos del habla, cardiovasculares, reproductivos, digestivos, genitourinarios, hemáticos y linfáticos, cutáneos y endocrinos.

(ii) Cualquier trastorno mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas del aprendizaje.

(iii) El término 'discapacidad física o mental' incluye, entre otras, enfermedades y afecciones contagiosas o no contagiosas como discapacidades ortopédicas, visuales, del habla y auditivas; parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, retraso mental, enfermedades emocionales, problemas específicos de aprendizaje, enfermedad del VIH, tuberculosis, drogadicción y alcoholismo...

PARATRÁNSITO: significa un servicio de transporte comparable requerido por la ADA para personas con discapacidades que no pueden utilizar el sistema de transporte de ruta fija.

Todas las sillas de ruedas manuales y eléctricas, scooters eléctricos y otras ayudas para la movilidad deben poder caber en una plataforma o rampa elevadora de vehículos y también en el lugar de sujeción. Nuestra flota de autobuses de ruta fija está equipada con rampas. El peso combinado del pasajero y el dispositivo de movilidad no debe exceder la capacidad recomendada por el fabricante para la rampa o la unidad de elevación.

Por lo tanto, para ser elegible para el servicio de paratrásito complementario, una persona debe estar discapacitada según lo define la ADA y su discapacidad no le permite utilizar el servicio de autobús de ruta fija. Consulte las tres (3) categorías de elegibilidad enumeradas en la primera página del Formulario de Certificación de Discapacidad ADA del Servicio Complementario de Paratrásito en Información General.

El estatus de visitante de 21 días se transmite a cualquier individuo que presente una certificación de elegibilidad para tránsito de otra jurisdicción o su propia certificación de incapacidad para utilizar el sistema de ruta fija junto con un comprobante de residencia.

INFORMACIÓN GENERAL:

Cualquier persona que desee ser certificada como elegible para el servicio de paratransito complementario deberá completar el formulario de solicitud adjunto y devolverlo a: La Crosse Municipal Transit Utility, 2000 Marco Drive, La Crosse, Wisconsin 54601.

Formularios de solicitud adicionales están disponibles en la oficina de La Crosse MTU en 2000 Marco Drive, La Crosse, Wisconsin 54601 o llamando a la oficina de MTU al 789-7350 entre las 8:00 am y las 5:00 pm, de lunes a viernes.

A una persona cuyo comportamiento amenaza o ha amenazado la seguridad del personal de paratransito u otros clientes se le puede negar el servicio. Además, las personas que demuestren un patrón constante de falta de viajes programados de paratransito, "No Shows", pueden perder su elegibilidad por un período de tiempo razonable y específico. Dichas suspensiones temporales de elegibilidad debido a comportamiento violento o amenazante pueden ser apeladas.

Procedimiento de apelación para no elegibles y Suspensión o Denegación de Servicio

1. A todos los solicitantes de paratransito que se consideren no elegibles para el servicio de paratransito se les enviará un aviso enumerando los motivos del rechazo. Una vez que se ha enviado un aviso de denegación, el solicitante tiene 60 días para apelar.
2. Si el solicitante desea apelar su estado de no elegibilidad o suspensión/denegación, debe comunicarse con: La Crosse Municipal Transit Board, 400 La Crosse Street, La Crosse, Wisconsin 54601. Su apelación debe indicar las razones por las que cree que la determinación de la inelegibilidad fue injusta. La persona que interponga el recurso podrá hacerse representar por persona de su elección.
3. No se prestará ningún servicio mientras se esté tramitando la apelación. Sin embargo, si la apelación no se ha decidido dentro de los 30 días siguientes a

que se dio a conocer la apelación, se aplica la elegibilidad presunta hasta que se llegue a la decisión final.

La determinación de la apelación se hará por escrito (o por el medio apropiado) y se indicará el fundamento de la determinación.



Solicitud de Paratr nsito ADA Certificación de servicio

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es un proyecto de ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades.

Si tiene una discapacidad que le impide utilizar un autobús MTU equipado con ascensor parte o todo el tiempo, puede ser elegible para el servicio ADA Paratransit parte o todo el tiempo. Este servicio se llama MTU Mobility Plus.

MTU considera confidencial toda la información proporcionada. MTU no compartir  sus respuestas con ninguna otra persona o empresa a menos que est  autorizado o sea legalmente requerido.

Es importante que se completen todas las partes de este formulario. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Si la solicitud no est  completa, se la devolveremos. Tenga en cuenta que la **Parte D, VERIFICACIÓN PROFESIONAL** de esta solicitud debe ser completada por uno de los Profesionales indicados.

Por favor regresa a:

LA CROSSE MTU ADPE
2000 MARCO DR
LA CROSSE WI 54601-5200

Si tiene alguna pregunta, llame al 789-7350.

Usuarios de TTY: MTU recomienda el uso del sistema de retransmisión de Wisconsin. Este sistema utiliza asistentes de comunicación para expresar todo lo que escriben los usuarios de TTY y escribir todo lo que dice el usuario del teléfono para que el usuario de TTY lo lea. Para utilizar este servicio, llame a: TTY/NCO/HCO: 1-800-947-3529.

A- Información de identificación

Por favor imprimir

Nombre: _____

DIRECCIÓN: _____

Ciudad, Estado, Código, postal: _____

Fecha de nacimiento (M/D/Y): _____

Macho Femenino

Número de teléfono de casa: _____

B- Información de movilidad

1. ¿Cuál de estos equipos o ayudas para la movilidad utiliza para llegar a donde necesita ir? [Marque todo lo que corresponda a usted]

Ninguno Silla de ruedas manual Perro de servicio

Bastón Silla de ruedas eléctrica Portátil 02

Bastón blanco Scooter/carrito motorizado Andador

Otro _____

2. Usando ayudas para la movilidad, ¿cuántas cuerdas puedes recorrer en un terreno nivelado sin la ayuda de otra persona?

menos de 1 1 a 3 más de 3

3. ¿Ha utilizado alguna vez el servicio regular de autobuses urbanos (MTU)?

Sí No

4. ¿Ha recibido alguna vez formación para aprender a utilizar un servicio regular de autobús urbano?

Sí No

5. Si pudiera viajar en un vehículo equipado con rampa o elevador de paratransito, ¿necesitaría a alguien con usted?

No

Siempre Para ayudarme a llegar o salir de un vehículo.

Para ayudarme a subir o bajar de un vehículo.

Para ayudarme cuando llegue a donde voy.

A veces Durante los meses de invierno

C- Información sobre discapacidad o condición de salud

1. Verificar Condiciones Médicas Generales: Ninguna

- Insuficiencia renal Neumonía Cáncer
 Trasplante de órganos Diabetes Otro _____

2. Condiciones de huesos y articulaciones: Ninguna

- Amputación Espondilitis anquilosante Artritis
 Hueso roto Fusión Osteoartritis
 Osteoporosis Artritis reumatoide Esclerodermia

3. Condiciones cerebrales, nerviosas y musculares: Ninguna

- Enfermedad de Alzheimer Hemiplejía Post-polio
 Lesión cerebral Corea de Huntington Epilepsia
 Parálisis cerebral Esclerosis múltiple Espinal bífida
 Demencia Distrofia muscular Accidente cerebrovascular
 Cuadriplejía Paraplejía Vértigo
 Guillain-Barré Enfermedad de Parkinson Otro _____

4. Condiciones cardíacas y circulatorias: Ninguna
 Angina Cirugía cardíaca Insuficiencia cardíaca congestiva
 Presión arterial alta Enfermedad vascular periférica
 Ataque al corazón Otro _____

5. Condiciones pulmonares y respiratorias: Ninguna
 Alergias Enfermedad Pulmonar (EPOC)
 Asma Fibrosis quística Enfisema
 Trastorno obstructivo crónico Otro _____

6. Condiciones de visión/audición/habla: Ninguna
 Afasia Retinopatía diabética Ceguera nocturna
 Cataratas Glaucoma Personas con visión parcial
 Sordo Problemas de audición Campo visual
 Sordo-Ciego Legalmente Ciego Otro _____

7. Condiciones mentales/de desarrollo: Ninguna
 Autismo Enanismo

La discapacidad del desarrollo

Leve Moderada Severa

Retraso mental

Leve Moderada Severa

8. ¿Su condición de salud o discapacidad es temporal?

Sí, ¿cuánto tiempo espera que dure? _____

¿Cuánto tiempo ha tenido esta condición?

Desde Nacimiento Número de Años _____

No lo sé Por favor describa _____

No

9. ¿Su discapacidad o condición de salud cambia de vez en cuando de manera que afecte su capacidad para usar el autobús?

Sí, describa _____

No

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo además que M TU se reserva el derecho de solicitar información adicional a su discreción.

Firma del solicitante o apoderado: _____ Fecha:

Número de teléfono diurno si (representante) _____

D- VERIFICACIÓN PROFESIONAL

NOTA: ESTA PARTE DEBE SER COMPLETADA POR UNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS CON LICENCIA ACTUAL: Enfermero registrado, médico, trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, quiropráctico, terapeuta ocupacional, patólogo del habla, enfermero practicante, asistente médico, consejero de salud mental, terapeuta respiratorio, consejero de rehabilitación vocacional o terapeuta recreativo empleado por un médico.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es un proyecto de ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. Para satisfacer sus necesidades, las empresas públicas de autobuses deben ofrecer una variedad de servicios.

Se puede encontrar que el solicitante: 1. Es elegible para servicios de camioneta de paratransito para todos los viajes que solicite. 2. Elegible (según su capacidad funcional) para algunas solicitudes de viaje y no para otras. 3. Capaz de utilizar el servicio regular de autobús.

NOTA: TODOS LOS AUTOBUSES MTU ESTÁN EQUIPADOS CON RAMPAS PARA PASAJEROS EN SILLAS DE RUEDAS O INDIVIDUOS QUE NO PUEDEN SUBIR ESCALERAS.

El propósito de este formulario no es verificar la condición médica del solicitante, sino verificar el impacto de la condición médica en su capacidad para moverse por sí solo. Se deben responder todas las preguntas para que este formulario se considere completo. Toda la información se mantendrá confidencial. Gracias por su asistencia.

1. Calidad en la que conoce al solicitante:

2. ¿Cómo la discapacidad provoca una limitación funcional que impacta la movilidad de la persona? Explique el peor de los casos y sea específico:

3. ¿La condición es temporal?

Sí

¿Cuál es la duración prevista _____

No

4. Si el solicitante tiene alguna discapacidad que afecte su movilidad, responda lo siguiente:

Utilizando ayudas para la movilidad, ¿cuántas cuadras puede recorrer el solicitante en terreno llano sin ayuda?

Menos de 1 1 a 3 3 o más

5. ¿Cuántos minutos puede esperar esta persona de forma independiente en una parada de autobús?

Menos de 5 5 a 10 10 o más

6. Si el solicitante tiene alguna discapacidad cognitiva, ¿puede la persona:

6a. ¿Dar su dirección y número de teléfono cuando lo solicite?

Sí No

6b. ¿Afrontar situaciones inesperadas o cambios de rutinas?

Sí No

6c. ¿Pedir, comprender y seguir instrucciones?

Sí No

6d. ¿Reconocer un destino o punto de referencia?

Sí No

7. Si utiliza un autobús equipado con ascensor, ¿esta persona seguiría necesitando ayuda cuando viaja en transporte público?

Sí No

A veces Por favor explique: _____

Información profesional:

Nombre: _____

Título: _____

Empleador: _____

Dirección de la oficina: _____

Teléfono de la oficina: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____