



## SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PARA TRANSITAR

### POR FAVOR LEA ANTES DE COMPLETAR LA SOLICITUD

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, comuníquese con el Administrador de Paratransit al (770) 345-6238.

Estimado solicitante:

Las preguntas en la PARTE A de esta solicitud representan el primer paso en el proceso para certificar su elegibilidad para usar el Servicio de Para Transporte de CATS. Responda cada pregunta porque su respuesta nos ayudará a determinar el servicio adecuado para satisfacer sus necesidades. UNA DISCAPACIDAD NO HACE AUTOMÁTICAMENTE QUE ALGUIEN SEA ELEGIBLE PARA EL SERVICIO DE PARATRANSITO. La elegibilidad se determina en función de cómo la discapacidad restringe al solicitante para viajar y tomar el autobús regular, de ruta fija y accesible.

Es su responsabilidad devolver a CATS la parte del proceso de certificación completada y firmada. Debe firmar la Página de Autorización de este formulario, autorizando a su Profesional Autorizado / Autorizado a divulgar información sobre su discapacidad. **En la Página de Autorización, asegúrese de proporcionar información completa sobre el Profesional Autorizado / Certificado que puede responder adecuadamente las preguntas sobre su discapacidad y su capacidad funcional para viajar.** Se recomienda encarecidamente que el profesional sanitario certificado / certificado sea alguien que esté familiarizado con su capacidad funcional. En consecuencia, un médico de familia puede tener menos conocimientos sobre una persona que tiene:

- Una discapacidad de salud mental en lugar de un consejero, psicólogo o psiquiatra;
- Una discapacidad visual frente a un especialista en movilidad;
- Una discapacidad del desarrollo a diferencia de un administrador de casos o un especialista de apoyo laboral;
- Un impedimento de movilidad a diferencia de un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional.

CATS enviará por fax la **PARTE B** de la solicitud el siguiente día hábil en que la reciba en nuestra oficina, al Profesional con licencia / certificado que figura en la Parte A. Su solicitud se considerará completa una vez que su Profesional con licencia / Certificado haya completado y devuelto la PARTE B a CATS. CATS proporcionará una decisión sobre su elegibilidad dentro de los 21 días, una vez que se reciba la solicitud completa.

**Tenga en cuenta que: la persona que completa la Parte A de esta solicitud no puede ser la**

**misma persona que llenará la Parte B del Profesional certificado o con licencia.  
 TODAS LAS PREGUNTAS SOBRE ESTA SOLICITUD SE REFIEREN A LAFIJA REGULAR  
 RUTA, EL AUTOBÚS EVALUABLE.**

**PARTE A: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (IMPRIMA POR FAVOR)** FECHA: \_\_\_\_\_

**Marque uno:** Solicitud iniciar Solicitud  de recertificación

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

En caso de contacto de emergencia: (Nombre) \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia alternativo (Aparte del teléfono de su casa) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para la correspondencia (OPCIONAL): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Parada de autobús más cercana a su residencia. (Si no está seguro, llame al (770) 345-6238).  
 \_\_\_\_\_

Nombre de la subdivisión o complejo de apartamentos: \_\_\_\_\_

Calle de la intersección más cercana: \_\_\_\_\_

Calle más cercana a su residencia: \_\_\_\_\_

Por favor, complete la información solicitada.

Enumere los nombres médicos de sus discapacidades o condiciones médicas	¿Es permanente la condición?	Duración de la condición	Medicamentos tomados para la condición
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

(1) ¿Cómo afectan las condiciones a su capacidad de viajar en la ruta fija regular, servicio de autobús accesible? Sé muy específico. \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Tiene una discapacidad cognitiva? (¿Alguna vez ha sido diagnosticado con traumática / No lesión cerebral traumática, Retraso Mental, límite de Inteligencia, el síndrome de Down, autismo, etc.

---

---

---

(2) En caso afirmativo, explique:

---

---

---

(3) ¿Se siente cualquiera de los siguientes: *Por favor marque todas las que se aplican y explican:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ataques de pánico                  | <input type="checkbox"/> Confusión                                    |
| <input type="checkbox"/> Alucinaciones                      | <input type="checkbox"/> Se agita o enoja fácilmente                  |
| <input type="checkbox"/> Delirios                           | <input type="checkbox"/> Experimenta paranoia                         |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria a corto plazo | <input type="checkbox"/> No puede identificar imágenes                |
| <input type="checkbox"/> Problemas de memoria a largo plazo | <input type="checkbox"/> No puede leer o escribir                     |
| <input type="checkbox"/> Sefácilmente                       | <input type="checkbox"/> desvía Difícil Entendiendo las instrucciones |
| <br>  |   |
| <input type="checkbox"/> Fácilmente aprovechado por otros   | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                     |
| <input type="checkbox"/> Dificultades visuales              | <input type="checkbox"/> Oír voces                                    |
| <input type="checkbox"/> Comportamientos inapropiados       |   |

Por favor explique:

---

---

(4) ¿Experimenta convulsiones? Sí  No  En caso afirmativo, marque todas las que correspondan y explique:

- Grand Mal       Petit Mal       Lóbulo temporal       Lóbulo epiléptico

Explique:

---

---

(5) Cuando tenga una convulsión, I: *marque todas las que correspondan:*

- Soy difícil de despertar       Necesitan atención médica inmediata  
 verbo intransitivo perder el conocimiento    Mirar fijamente al espacio    Quedarse dormido

Explique:

---

---

(6) ¿Con qué frecuencia ocurren? \_\_\_\_\_

(7) ¿Actualmente está tomando medicamentos para controlarlos?     Sí    No

(8) ¿Tiene una discapacidad visual (para incluir la ceguera)?             Sí    No

Marque todas las que correspondan y explique en detalle:

- Llevo lentes o lentes de contacto.  
 Puedo reconocer mi parada si se hacen anuncios.  
 Soy legalmente ciego y no puedo distinguir mi parada apropiada, desembarcar y navegar la ruta hacia mi destino. No utilizo un perro guía u otro animal de servicio, ni ningún dispositivo de asistencia.  
 Uso un perro guía u otro animal de servicio, pero necesito paratransit para llegar a destinos a los que no puedo viajar en forma segura en la ruta.  
 Puedo escuchar y reconocer fácilmente los sonidos ambientales que me ayudan a determinar los patrones de flujo de tráfico.  
 No puedo escuchar fácilmente los sonidos ambientales que me ayudan a determinar el flujo del tráfico.  
 No siempre puedo salir de la carretera antes de que cambie la señal de tráfico.  
 Requiero una guía vidente que me ayude con las siguientes tareas:

---

---

(9) ¿Tiene una **discapacidad mental o psicológica**?    Sí                       No En caso afirmativo, indique la discapacidad y explique cómo le afecta. \_\_\_\_\_

---

---

(10) ¿Hay alguna otra discapacidad física o mental que afecte su HABILIDAD FUNCIONAL para viajar en la ruta fija regular, el servicio de autobús accesible? (Ejemplo: dificultad para llegar al autobús, esperar en la parada el autobús correcto, abordar el autobús, saber cuándo llega a su parada y notificar al conductor que debe bajarse).     Sí     No Si la respuesta es sí, por favor explique:

---

---

(11) ¿Puede esperar 30 minutos en una parada de autobús CATS que **NO** tiene asientos ni refugio?

- Sí     No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

(12) ¿Puede esperar 30 minutos en una parada de autobús CATS que **SÍ** tiene asientos y un refugio?

- Sí     No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

(13) ¿Puede esperar 30 minutos en una parada de autobús CATS sin ayuda?

- Sí     No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

- (14) ¿Qué distancia puede caminar sin la ayuda de otra persona:
- la longitud de un campo de fútbol (300 pies)?  Sí  No ¿
- Una vuelta alrededor de una pista de ¼ de milla?  Sí  No ¿
- Dos vueltas alrededor de una pista de ¼ de milla?  Sí  No ¿
- Tres vueltas alrededor de una pista de ¼ de milla?  Sí  No
- ¿Puede caminar por pasos de 12 a 14 pulgadas sin ayuda?  Sí  No
- Si tiene ayuda, ¿puede agarrar un pasamanos para sostenerse?  Sí  No
- (15) ¿Necesita caminar en un elevador de autobús y agarrar la barandilla para subir o bajar del autobús?  Sí  No
- (16) ¿Utiliza un dispositivo de movilidad para viajar?  Sí  No Marque todas las opciones que correspondan.
- Bastón blanco  Aparatos
- ortopédicos Bastón ortopédico (base de 3 o 4 puntas)  Muletas
- Bastón estándar  Silla de ruedas manual
- Caminador  Silla de ruedas motorizada
- (17) ¿Cuál es la altura / anchura de su silla de ruedas / escúter desocupada?
- Altura: \_\_\_\_\_ Ancho: \_\_\_\_\_
- (18) ¿Cuál es el peso de su silla de ruedas / escúter mientras está ocupada por usted? \_\_\_\_\_
- (19) ¿Requiere el uso de un animal de servicio?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué tipo de animal se usa? \_\_\_\_\_
- (20) ¿Qué función tiene el animal para usted? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (21) ¿Viaja con equipo médico portátil?  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué tipo de equipo médico portátil? \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (22) ¿Necesita un asistente de cuidado personal (PCA) para viajar con usted para proporcionar asistencia de transporte?  Sí  No En caso afirmativo, explique la asistencia específica que necesita. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- (23) Si no necesita un asistente de cuidado personal para viajar en autobús, ¿tiene que ser recibido por un cuidador cuando sale del autobús?  Sí  No
- (24) Si el autobús llega a su destino y el cuidador no está allí para ayudarlo a salir del autobús, ¿con quién debe contactarse?

(Nombre :) \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta: Si no se responde al número de contacto, o si el número se desconecta, se llamará a DFCS / 911 para custodiar al pasajero.**

(25) ¿Hay situaciones en las que su cuidador no tendrá que reunirse con el autobús?

Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

(26) ¿Necesita ayuda para reconocer su detención?

Sí  No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

(27) ¿Utiliza un dispositivo de comunicación para comunicarse con otras personas, como un conductor?

Sí  No Marque todas las opciones que correspondan.

Tablero de letras

Tarjeta de identificación de ruta

Tablero de imágenes

Otra forma de comunicación aumentativa

Explique: \_\_\_\_\_

(28) ¿Necesita un formato alternativo para la Guía del pasajero, los horarios de las rutas fijas o cualquier correspondencia escrita?  Sí  No ¿Marque el formato en el que desea recibirlos? Marque sólo un formato:

CD

Braille

grande impresión

Cintas de audio

de correo electrónico

(29) ¿Cómo se viaja ahora? Por favor marque todos los que apliquen.

Silla de ruedas / Scooter

Operar mi propia silla de ruedas

Caminar

Asistido en mi silla de ruedas por un animal de servicio

Manejar yo mismo

Asistido en la silla de ruedas por un cuidador o asistente de movilidad

Pasajero en el automóvil de otra persona

Silla de ruedas motorizada

Otro servicio de camioneta

Actualmente no tiene medios de transporte

Servicio regular, fijo, de autobuses accesibles

(30) ¿Alguna vez ha viajado en un autobús regular, fijo y accesible?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez que viajó en un autobús regular, accesible en ruta fija?

\_\_\_\_\_

(31) ¿Por qué dejó de usar el autobús regular, de ruta fija y accesible? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(32) ¿Sería capaz de viajar en el sistema de autobuses regular, de ruta fija y accesible si recibe entrenamiento de movilidad?  Sí  No

(33) ¿Alguna vez ha sido capacitado en el uso del sistema de autobuses CATS?  Sí  No

(34) ¿Quién lo entrenó en el uso del sistema de autobuses CATS? \_\_\_\_\_

(35) ¿Alguna vez recibió capacitación sobre el uso de algún otro sistema de autobuses públicos?  Sí  No

(36) ¿Siente que podría tomar la ruta regular, fija, accesible en autobús si la furgoneta de para transporte podría llevarlo a una ruta regular, fija, accesible?  Sí  No Si no, explique cómo su discapacidad lo restringe. \_\_\_\_\_

(37) ¿Siente que podría viajar en la ruta regular, fija, en autobús accesible si su viaje involucró en la ruta regular, fija, en el autobús accesible, bajarse en una parada de autobús y la camioneta de para transporte podría recogerlo en la parada de autobús para ¿Te llevas el resto de tu viaje? ?  Sí  No Si no, explique cómo su discapacidad lo restringe. \_\_\_\_\_

(38) Por favor, marque todo lo que se aplique a usted:

- Soy capaz de abordar, viajar y desembarcar de un autobús accesible, de ruta fija regular.
- Necesito ayuda para entender y navegar el sistema de rutas fijas.
- Puedo pararme en un autobús en movimiento, sosteniendo la barandilla, si no hay un asiento disponible.
- No tengo la resistencia para viajar largas distancias.
- Puedo usar un teléfono para obtener información sobre el horario del autobús.
- Puedo escuchar y entender el sistema de anuncio de ubicación automático en el autobús.

Por favor explique los artículos marcados arriba. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por lo que yo sé, la información que he proporcionado como parte de esta solicitud se ha registrado correctamente. He revisado todas las respuestas y certifico que la información es completa y correcta. Entiendo que cualquier información falsa o engañosa intencional puede ser motivo de denegación de servicio.

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante, representante o tutor:*

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

**favor complete y devuelva la solicitud a:**

**SISTEMA DE TRANSPORTE CHEROKEE ÁREA (CATS)**

884 Univeter Rd.  
Canton, Georgia 30115

---

**CONSENTIMIENTO PACIENTE PARA LIBERAR Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Esta permitir la divulgación de información médica se va a proporcionar a:

*(proporcione **información completa sobre el profesional de la salud** que verificará la información de solicitud)*

NOMBRE de SU MÉDICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_  
postal: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

**Yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para la divulgación y divulgación de cualquier información médica relevante al Sistema de Transporte del Área de Cherokee (CATS) como se solicita en la Parte B de esta solicitud con el único propósito de determinar la elegibilidad de paratransit ADA. Entiendo que esta información se compartirá sólo con las personas que tomen decisiones relacionadas con mi elegibilidad para los servicios de para transporte y con otros proveedores de tránsito que necesiten dicha información para facilitar el viaje.**

**He leído este documento atentamente y entiendo que tengo derecho a revocar este comunicado por escrito, a excepción de la información que pueda haber sido publicada anteriormente bajo esta autorización.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante, representante o tutor*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha del*

Si alguien que no es el solicitante ha completado esta solicitud / autorización, esa persona debe completar lo siguiente:

*Nombre:* \_\_\_\_\_

*Relación:* \_\_\_\_\_

*Dirección:* \_\_\_\_\_

---



Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo : \_\_\_\_\_

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información proporcionada en esta solicitud está completa y es correcta según la información que me proporcionó el solicitante o mi propio conocimiento de su estado de salud o discapacidad.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

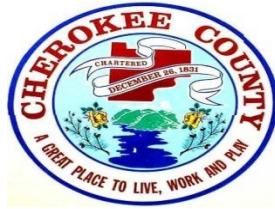
**PARA USO DE LA OFICINA DE CATS SOLAMENTE:**

**APROBADO**       **CONDICIONAL**       **INCONDICIONAL**

**NEGADO**       *LISTA razón específica para RECHAZO QUE SE indicada en la carta de denegación*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Firmado:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_



*Condado de Cherokee ..... ..Where de metro se encuentra con la  
montaña*

Esta es una publicación oficial de los  
Cherokee área Sistema de Transporte (CATS)

