



CONDADO DE ORANGE

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES

La Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés) requiere que las entidades públicas que operan un servicio local de ruta fija de autobús para el público en general también proporcione servicio de transporte público (equipado con elevador para silla de ruedas, puerta a puerta) complementario (que significa "en adición a") a personas que no pueden utilizar el sistema local de rutas fijas de autobús. Este servicio sólo será proporcionado para aquellas personas cuyos viajes comienzan y terminan dentro de 3/4 de milla de una línea local existente de autobús de ruta fija. Para poder utilizar este servicio usted debe obtener una tarjeta de identificación válida para el servicio de transporte público ADA emitida por el Condado de Orange. Cualquier residente del Condado es elegible para presentar una solicitud para una tarjeta si él o ella siente que él o ella califica para el servicio. Una copia de la definición de discapacidad según se aplica al servicio de transporte público está incluida en la página siguiente. Tenga en cuenta, sin embargo, que el servicio sólo se brindará dentro del corredor de 1 1/2 millas que se definió anteriormente. A partir de enero de 2018 los sistemas de autobús locales de ruta fija que califican para servicio de transporte público complementario son aquellos operados por la Hudson Transit Lines, la Newburgh-Faro Bus Corp., y la aldea de Kiryas Joel. Todos los solicitantes deben proceder de la siguiente manera:

1. Llene la Parte I de este formulario. La Parte I debe ser completada para todos los solicitantes.
2. Tenga un profesional cualificado (como se requiere en la Parte II, III o IV) familiarizado con el impedimento que lo incapacita y complete la Parte II, Parte III o Parte IV de este formulario. La Parte II debe ser completada para las personas con discapacidades físicas; la Parte III debe ser completada para las personas con discapacidades visuales, la Parte IV se debe completar para personas con discapacidades mentales. La Parte II, Parte III, o Parte IV debe ser completada para todos los solicitantes.
3. Envíe el formulario completo a:

Orange County ADA Paratransit Service
c/o Orange County Department of Planning
124 Main Street
Goshen, New York 10924

Cuando se reciba su solicitud ésta será examinada rápidamente. Si su solicitud es aprobada, se le notificará por escrito dentro de veintiuno (21) días siguientes a su recibimiento. Su aviso de aprobación incluirá información sobre cómo obtener su tarjeta de identificación con fotografía y cómo utilizar el servicio de transporte público complementario. Si su solicitud no es aprobada se le notificará del proceso de apelación. En la apelación tendrá una oportunidad para proporcionar información adicional para la reconsideración por la Junta de Apelaciones.

El Condado de Orange exige la información contenida en este formulario con el fin de:

1. Determinar si necesita transporte.

2. Proporcionar servicios especializados apropiados a sus necesidades,
3. Estar consciente de cualquier otro requisito especial que pueda tener.

Cualquier pregunta sobre esta solicitud, incluyendo quién es elegible para firmar en las Partes II, III o IV, deben ser dirigidas a:

Transit Orange
Orange County Department of Planning
124 Main Street
Goshen, New York 10924
(845) 615-3850

La firma del solicitante en la línea 9 de la Parte I autoriza la divulgación de información al Condado de Orange y al Newburgh Beacon Bus Corp. Esta información se utilizará exclusivamente para determinar la elegibilidad al transporte público ADA, ésta no se dará a conocer a cualquier otra persona o agencia.

.....
DISCAPACIDAD significa, con respecto a un individuo, un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades principales de la vida de dicha persona; un registro de tal impedimento, o que se considere que tiene tal impedimento.

- (1) La frase **impedimento físico o mental** significa -
 - (i) Cualquier desorden o condición fisiológica, desfiguración cosmética, o pérdida anatómica que afecte uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo: neurológico, locomotor, los órganos sensoriales especiales, las vías respiratorias incluyendo los órganos del habla, cardiovascular, reproductivo, digestivo y genito-urinario, hémico y linfático, piel y endocrino;
 - (ii) Cualquier desorden mental o psicológico, como retraso mental, síndrome cerebral orgánico, enfermedad emocional o mental y discapacidades específicas de aprendizaje;
 - (iii) El término **impedimento físico o mental** incluye, pero no se limita a, enfermedades contagiosas o no contagiosas y condiciones como las ortopédicas, impedimentos visuales, del habla y de audición, parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, retraso mental, enfermedades emocionales, discapacidades específicas de aprendizaje, la enfermedad del VIH, tuberculosis, drogadicción y alcoholismo.
 - (iv) La frase **impedimento físico o mental** no incluye la homosexualidad o bisexualidad.
- (2) La frase **actividades de la vida importantes** significa funciones tales como el cuidado de uno mismo, realizar tareas manuales, caminar, ver, oír, hablar, respirar, aprender y trabajar.
- (3) La frase **tiene un historial de tal impedimento** significa tiene un historial de, o ha sido mal clasificado como teniendo un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más de las actividades importantes de la vida.
- (4) La frase **se considera que tiene dicho impedimento** significa -
 - (i) Tiene un impedimento físico o mental que no limita considerablemente las actividades importantes de la vida, sino que es tratado por una entidad pública o privada como que constituye una limitación;

- (ii) Tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una actividad importante de la vida sólo como el resultado de las actitudes de los demás respecto a dicho impedimento; o
 - (iii) Tiene ninguno de los impedimentos mencionados en el párrafo (1) de esta definición pero es tratado por una entidad pública o privada como que tiene tal impedimento.
- (5) El término **discapacidad** no incluye -
- (i) Travestismo, transexualidad, pedofilia, exhibicionismo, voyeurismo, trastornos de identidad de género que no resultan de impedimentos físicos, u otros trastornos de conducta sexual;
 - (ii) Juego de apuestas compulsivo, cleptomanía, o piromanía;
 - (iii) Trastornos de abuso de sustancias psicoactivas como consecuencia del uso actual de drogas ilícitas.

PARTE I: PARA SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE
(Escriba a máquina o con letra de imprenta legible)

La información en este formulario será utilizada por el Condado de Orange y el Newburgh Beacon Bus Corp. Y no será proporcionada a ninguna otra persona o agencia.

1. Nombre _____ Sexo: M / F
2. Dirección Residencial _____

3. Número de Teléfono (Casa) _____ (Trabajo) _____
4. Fecha de Nacimiento ____/____/____ Núm. Seguro Social ____-____-____
5. ¿Es esta solicitud para una tarjeta de identificación ____ temporera o ____ permanente?
6. ¿Cuál es(son) la(s) condición(es) física(s), visual(es) o mental(es) que le impiden el uso del servicio de ruta fija de autobús?

7. ¿Cómo esta(s) condición(es) le impide(n) usar el servicio de ruta fija de autobús? Por favor, explique por completo.

8. ¿Usted usa alguna de las siguientes ayudas para su movilidad? (Marque todas las que apliquen)
Silla de Ruedas Manual ____ Silla de Ruedas Eléctrica ____
Caminador ____ Bastón ____ Muletas ____
Ayudante ____ Animales de Servicio ____
9. Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta y autorizo la finalización del resto de este formulario y la liberación de la forma y la información relacionada al Condado de Orange y Newburgh Beacon Bus Corp.

Es mi entendimiento que esta información será utilizada únicamente para determinar la elegibilidad para el transporte público complementario ADA y no para ningún otro propósito. La información contenida en esta solicitud no se dará a conocer a cualquier persona o agencia que no sea el Condado de Orange y el Newburgh Beacon Bus Corp.

Firma

Fecha

PARTE I
(Continuación)

10. Si alguien que no sea el solicitante ha completado este formulario en nombre del solicitante, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre _____

Dirección _____

Firma

Fecha

PARTE II: PARA SER COMPLETADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD FÍSICA
(Escriba a máquina o con letra de imprenta legible)

Las preguntas 11-19 deben ser completadas por un médico con licencia o un terapeuta físico u ocupacional registrado.

11. Diagnóstico médico de la condición de incapacidad (por favor incluya el código ICD10): _____

12. ¿Es esta condición temporera? Sí ____ No ____ (Duración prevista hasta el: _____)
13. ¿Es probable que esta condición empeore? Sí ____ No ____
14. ¿Es esta persona capaz de caminar sin la ayuda de otra persona:
A. 200 pies? Sí ____ No ____ Sólo con gran dificultad ____
B. 1/4 milla? Sí ____ No ____ Sólo con gran dificultad ____
C. 3/4 milla? Sí ____ No ____ Sólo con gran dificultad ____
15. ¿Es esta persona capaz de subir tres (3) escalones de 12" usando un pasamanos?
Sí ____ No ____ Sólo con gran dificultad ____
16. ¿Es esta persona capaz de esperar afuera sin soporte físico durante 10 minutos?
Todo el tiempo ____ Algunas veces ____ De ninguna manera ____
17. ¿Es esta persona capaz de montar en un automóvil (incluyendo montarse y bajarse)?
Todo el tiempo ____ Algunas veces ____ De ninguna manera ____
18. ¿Esta persona requiere el uso de lo siguiente:
A. Silla de rueda?
Todo el tiempo ____ Algunas veces ____ De ninguna manera ____
B. Bastón, Muletas o Caminador?
Todo el tiempo ____ Algunas veces ____ De ninguna manera ____
C. Prótesis?
Todo el tiempo ____ Algunas veces ____ De ninguna manera ____
D. Ayudante?
Todo el tiempo ____ Algunas veces ____ De ninguna manera ____

PARTE II
(Continuación)

19. El nombre y la firma a continuación debe ser la de un médico con licencia o un terapeuta físico u ocupacional registrado.

Nombre _____

Especialidad _____

Título y Agencia _____

Dirección Oficina _____

Número de Teléfono de la Oficina _____

Firma

Fecha

Número de Licencia Profesional

PARTE III: PARA SER COMPLETADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD VISUAL
(Escriba a máquina o con letra de imprenta legible)

Las preguntas 20-25 deben ser completadas por un oftalmólogo u optómetra licenciado.

20. Diagnóstico médico de la condición de incapacidad (por favor incluya el código ICD10): _____

21. ¿Es esta condición temporera? Sí ____ No ____ (Duración prevista hasta el: _____)

22. ¿Es probable que esta condición empeore? Sí ____ No ____

23. Agudeza visual: Ojo derecho ____/____ Ojo izquierdo ____/____

24. Campo visual: Ojo derecho: Horizontal ____ Ojo izquierdo: Horizontal ____
Vertical ____ Vertical ____

25. El nombre y la firma a continuación debe ser la de un oftalmólogo u optómetra licenciado.

Nombre _____

Especialidad _____

Título y Agencia _____

Dirección Oficina _____

Número de Teléfono de la Oficina _____

Firma

Fecha

Número de Licencia Profesional

PART IV: PARA SER COMPLETADA POR LA PERSONA CON DISCAPACIDAD MENTAL

(Escriba a máquina o con letra de imprenta legible)

Las preguntas 26-31 deben ser completadas por un médico, psiquiatra o psicólogo calificado y con licencia.

26. Diagnóstico médico de la condición de incapacidad (por favor incluya el código ICD10):

27. ¿Cómo esta condición afecta la capacidad del individuo para utilizar el servicio de ruta fija de autobús?

28. ¿Es esta persona capaz de:

- A. Dar dirección y número de teléfono al ser pedidos? Sí____ No ____
- B. Reconocer calles y número de autobuses? Sí____ No ____
- C. Firmar su nombre? Sí____ No ____
- D. Preguntar y entender direcciones? Sí____ No ____

29. ¿Es esta condición:

- A. Sujeta a mejorar significativamente con tratamiento? Sí____ No ____
- B. Probable que empeore? Sí____ No ____

30. Debe esta persona ser acompañada durante el uso del servicio de transporte puerta a puerta?

Sí____ No ____

31. El nombre y la firma a continuación deben ser la de un médico, psiquiatra o psicólogo con licencia.

Nombre _____

Especialidad _____

Título y Agencia _____

Dirección Oficina _____

Número de Teléfono de la Oficina _____

Firma

Fecha

Número de Licencia Profesional