



475 E. Washington Street
Harrisonburg
Virginia 22802

harrisonburgva.gov/paratransit-service

El Departamento de Transporte Público de la ciudad de Harrisonburg (HDPT) ofrece servicio de autobús de ruta fija en la ciudad de Harrisonburg. Los autobuses de ruta fija HDPT tienen características para facilitar la conducción, incluyendo ascensores para sillas de ruedas, autobuses que pueden arrodillarse más cerca del suelo, autobuses de piso bajo y anuncios de voz de paradas. Las regulaciones de la ADA del DOT exigen que las entidades públicas que operan el tránsito de rutas fijas proporcionen paratransito complementario a las personas con discapacidad que no puedan utilizar el sistema de rutas fijas regulares. HDPT Paratransit proporciona transporte público de paseo desbordado que es servicio de bordillo a bordillo. La asistencia desde el vehículo hasta la primera puerta para los clientes que necesitan asistencia adicional para completar el viaje está disponible. Estándares de Elegibilidad para el Paratransito de ADA:

- Cualquier persona con una discapacidad que no pueda abordar, viajar o desembarcar de un vehículo accesible sin la ayuda de otra persona (excepto el operador de un ascensor u otro dispositivo de embarque)
- Cualquier persona con una discapacidad que pueda viajar en un vehículo accesible pero la ruta no es accesible o el ascensor no cumple con los estándares de la ADA
- Cualquier persona con una discapacidad que tenga una condición específica relacionada con el impedimento que impida a la persona viajar hacia el viaje o de un lugar de embarque/desembarque

Los usuarios de paratransito HDPT deben completar un Formulario de Solicitud de Elegibilidad de Paratransito de ADA. Después de revisar la información anterior, si usted siente que su discapacidad puede caer en una de las categorías anteriores, por favor complete toda la solicitud para que podamos entender sus necesidades. El proceso de elegibilidad en uso es un proceso de autocertificación con verificación profesional opcional. Si se requiere verificación profesional, el formulario apropiado se enviará por correo al person identificado por el solicitante. Una vez que todos los formularios han sido recibidos en esta oficina, usted puede esperar una determinación por carta dentro de los 21 días.

Cualquier persona que no esté de acuerdo con la determinación final de la inelegibilidad puede apelar la decisión.

Política de seguridad de HDPT

Todos los dispositivos de movilidad se fijarán correctamente al vehículo utilizando el sistema de seguridad instalado (4 puntos de amarre). Los operadores de HDPT (conductores) rechazarán el transporte a un pasajero que se niegue a tener su dispositivo de movilidad debidamente asegurado según lo definido en HDPT ADA Política, Sección 6 y 49 CFR 37.165 (c) (2) (3). HDPT no puede negarse a transportar a alguien cuyo dispositivo de movilidad no pueda restringirse satisfactoriamente siempre que el dispositivo de movilidad se ajuste a la definición descrita en la Sección 3 de la misma Política. Se solicitará a los pasajeros que utilicen un dispositivo de movilidad que lleven puesto el cinturón de seguridad y que estén debidamente sujetos utilizando el sistema de retención del vehículo. Aquellos que puedan hacerlo se le pedirá que se traslade a un asiento y utilice el sistema de cinturón de seguridad del vehículo.

Todas las solicitudes deben ser devueltas en persona o por correo a:

Departamento de Transporte Público de
Harrisonburg 475 E Washington Street
Harrisonburg

Solicitud de Certificación de Paratransito ADA – Parte A

Nombre del solicitante	
Dirección	
Ciudad, Estado, Código postal	
Teléfono del hogar	() -
Teléfono de trabajo	() - Teléfono celular () -
Fecha de nacimiento	/ /
Dirección de correo electrónico	

Parte B

1. ¿Cuál es la discapacidad que le impide usar el servicio de ruta fija HDPT?
(utilice la parte posterior si se necesita más espacio)

2. ¿Cómo le impide esta discapacidad utilizar el servicio de bus de ruta fija?

3. Por favor explique aspectos de su discapacidad que usted cree que HDPT debe saber.

4. ¿Su afección es temporal? Sí, no
En caso afirmativo, ¿en qué fecha su discapacidad ya no le impedirá utilizar las rutas de autobús HDPT? Año del Mes
5. ¿Utiliza alguno de estos dispositivos de movilidad? *Marque todo lo que corresponda:*
 Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica
 Muletas Bastón
 Andador Animal de Servicio
 Scooter eléctrico (3 o 4 ruedas) Otros
6. ¿Puedes subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?
Sí _____ No _____ Algunas veces _____
Si "No" o "A veces", por favor explique.

7. ¿Cuál es la distancia más lejana que puede recorrer sin la ayuda de otra persona?
 NO PUEDO llegar a la acera afuera donde vivo PUEDO llegar a la acera afuera donde vivo
 3 bloques (1/4 milla) 6 bloques (1/2 milla) 9 bloques (3/4 millas)

8. ¿Su movilidad se ve afectada por el terreno? ¿Las colinas empinadas, la falta de aceras u otras condiciones locales afectan su movilidad? Por favor explique:
9. ¿Cuánto tiempo puedes pararte y esperar en una parada de autobús? ___Por favor, explíqueme.
10. ¿Su capacidad para viajar al aire libre gravemente afectado por el clima como:
- | | | |
|-------------------------------------|------|------|
| Nieve y hielo | O Sí | O No |
| Temperatura extremadamente caliente | O Sí | O No |
| Temperatura extremadamente fría | O Sí | O No |
| Otras condiciones climáticas | O Sí | O No |

Por favor, explique las respuestas del "sí".

11. ¿Utiliza un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaja?
 Sí _____ No _____ Algunas veces _____

Por favor, explique cuándo necesita un PCA.

¿Se paga el PCA por estos servicios? Sí _____ No _____

Nombre del solicitante: _____

Certifico que la información proporcionada en esta Solicitud es exacta y entiendo la política de seguridad de HDPT.

_____ Fecha de firma

Si esta Solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita la certificación, persona debe completar lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Relación del ___ Código Postal del Estado ___
 _____ con el solicitante _____

Número de teléfono diurno _____

_____ Fecha de firma ___ / ___ / _____

SE DEBE PROPORCIONAR LO SIGUIENTE ANTES DE QUE SE PUEDA PROCESAR SU *SOLICITUD*.

Nombre del solicitante	
Dirección	
Ciudad, Estado, y Código postal	
Fecha de nacimiento	____ / ____ / ____
<p>Lo siguiente está familiarizado con mi discapacidad y por la presente está autorizado a proporcionar información personal que puede ser necesaria para completar mi <i>Solicitud de Certificación de Elegibilidad de Paratransito de ADA</i>.</p> <p>Rehabilitación / Profesional de Cuidado de salud ____ Profesional de Vida Independiente_____ Médico_____</p>	
Nombre	
Dirección de la calle	
Código postal de City ST	
Firma del solicitante	
Fecha	____ / ____ / ____