

TRAVELER

Traveler, provee transporte accesible para las personas que han sido calificadas con la inhabilidad de obtener algún otro modo de transporte que exista en el área de servicio designada a la comunidad de Garfield.

La decisión de los requisitos Americans with Disabilities Act (ADA), es una decisión de transporte y no de servicio médico. *Los requisitos para el servicio Traveler no son basados únicamente en discapacidad, ingresos, diagnóstico médico o por falta de opciones de transporte en su área.* Tampoco es basada en la impresión o real inconveniencia, inexperiencia o decisión personal para no hacer uso de estos modos de transporte.

Al completar esta solicitud, sin ningún costo alguno, entiendo que los requisitos de Traveler necesitan que participe en una evaluación de habilidad funcional en persona, la cual determinará la “distancia de acceso” para el servicio de transportación Traveler.

Una vez que la solicitud sea regresada, usted recibirá una llamada para programar una cita para realizar la evaluación de habilidad funcional en persona. Esta llamada se le hará en el transcurso de una semana desde que su solicitud haya sido recibida. Por lo tanto, por favor asegúrese de que el número de teléfono en la solicitud sea un número en el cual podamos comunicarnos con usted.

Las evaluaciones funcionales son realizadas en la oficina de Traveler o en las oficinas del Departamento de Servicios Humanos en Glenwood Springs o Rifle.

Al momento de la evaluación tendrá que presentar una identificación válida con fotografía.

Favor de mandar por correo electrónico, correo postal o por fax la solicitud completada a:

Traveler

Garfield County Department of Human Services – Senior Programs

195 West 14th Street

Rifle, CO 81650

Fax: 928-0465

jumartin@garfield-county.com

Preguntas, Favor de llamar a Judy Martin al (970) 945-9191 extension 3061 para solicitudes en el area de Garfield County y de New Castle a Battlement Mesa. El Pueblo de Parachute tiene su propio sistema de transportacion. Favor de contactar al gerente del pueblo al (970) 285-7630.

Si usted vive dentro de los limites de la ciudad de Glenwood Springs o el pueblo the Carbondale, favor de llamar al (970) 384-4855 para cualquier pregunta.

TRAVELER – SOLICITUD PARA ADULTOS CON DESABILIDADES

Esta solicitud esta designada con el fin de coleccionar informacion sobre la habilidad del solicitante y del uso de los modos de transporte disponibles en el servicio de la comunidad de Garfield.

Por favor complete esta solicitud lo más detallado posible y lo mejor que pueda. Cada pregunta tiene que ser contestada completamente. Una vez que la aplicacion completa sea recibida, será contactado para hacerle una evaluacion de habilidad funcional.

Favor de enviar la solicitud a Traveler, Garfield County Department of Human Service – Senior Programs, 195 West 14th Street, CO 81650. Favor de llamar al (970) 945-9191, a la extension 3061, si tiene cualquier pregunta o si necesita asistencia para completar la solicitud.

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Modo de contacto/número(s) de teléfono: _____

Direccion: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Direccion postal (si es diferente):
_____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

En caso de emergencia favor de notificar a:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

A continuacion, especifiquenos como le gustaria recibir correspondencia por escrito en un futuro:

Letra regular Letra grande En algún otro idioma

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN DE SER CONTESTADAS:

Actual modo de transporte que utiliza? RFTA TAXI CME Trans Care Ambulance
Vehículo privado Otro _____

Cuáles son los obstáculos que le impiden tener acceso a los diferentes modos de transporte disponibles en su área? _____

En qué sentido(s) le impiden estas barreras utilizar estos modos de transporte? _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS AYUDARAN A TRAVELER EN ENTENDER SU NESECIDAD DE TRANSPORTE Y DIFICULTADES AL VIAJAR:

Qué tan lejos queda la parada de camión más cercana a su domicilio? Aproximadamente _____

Puede ir y regresar de la parada de camión? Sí No

Su condición física le impide hacer uso del servicio de camión cualquier día? Si No

En su opinión, esta inhabilidad es: (circule una opción) Temporal Condicional Permanente

Cuando usted viaja, a tenido o a requerido de ayuda de algún asistente personal? Si No

Puede caminar o moverse, sin ayuda? Si No

Tiene o tenido convulsiones? Si No

Puede llegar a la banqueta de su residencia para acceder al servicio de ADA? _____

Utiliza algún dispositivo para ayudarse a caminar? (Por favor cheque lo que aplica a usted)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Oxígeno portable | <input type="checkbox"/> Bordón | <input type="checkbox"/> Abrazadera de pierna |
| <input type="checkbox"/> Audífonos | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Scooter motorizado | <input type="checkbox"/> Mascota de servicio |
| <input type="checkbox"/> Lentes | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Bastón de invidente |
| <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ | | | |

Si utiliza una silla de ruedas para moverse, el peso combinado de usted y la silla esta debajo de las 600 libras? Si No

En cualquier día (con o sin) un objeto de movilidad (per ejemplo silla de ruedas, scooter motorizado, andadera, etc.), puede usted (cheque todo lo que aplique):

- Llegar a la banqueta del frente de su casa.
- Moverse hasta una cuadra.
- Moverse hasta cuatro cuadas.
- No puede moverse fuera de su casa. Por favor, explique _____

Tiene Licencia válida para conducir de Colorado? Si No

Ha devuelto voluntariamente alguna Licencia de conducir de Colorado? Si No

Término o suspensión de la Licencia de conducir debido a violaciones o abusos por parte de la persona que posee los privilegios de conducir, no se considera **rendición voluntaria**.

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque lo que mejor describe sus habilidades para usar camiones de ruta. (Marque todo lo que aplique a usted)

Puedo usar transporte público cuando me siento bien. Sin embargo hay otras ocasiones, en las que mi discapacidad o condición de salud empeora que me impiden hacer uso del transporte público.

Tengo una discapacidad o condición de salud que me impide hacer uso del transporte público si el clima está muy caliente o muy frío.

No puedo subir escalones para subir o bajar de un vehículo.

Puedo llegar al vehículo, únicamente si hay corte al borde de la banqueta y banqueta anivelada.

Actualmente, no puedo usar vehículos de transporte por otras razones. Cuál es la razón: _____

Mi discapacidad o condición de salud hace imposible viajar cuando hay nieve o hielo en suelo.

Puede pedir ayuda al conductor? Si No

Puede sostenerse de los rieles para subir y bajar del vehículo? Si No

Puede jalar el cordón o sonar la campana para hacerle saber al conductor que necesita bajar del vehículo? Si No

Puede hacer alguna transacción de tarifa ó dar un donativo en un vehículo? Si No

Tiene problemas de memoria? Si No Cómo lo compensa? _____

Cuál es lo más que puede caminar afuera? _____

Por favor denos más información de su habilidad de funcionamiento.

Puede usted ...

1. Preguntar y entender instrucciones por escrito ó por habla?

Si No

2. Cruzar la calle?

Si No

3. Durar parado/a por 10 minutos si no hay lugar para sentarse?

Si No

4. Subir y bajar la banqueta?

Si No

5. Subir y bajar tres escalones si hay un riel de donde agarrarse?

Si No

6. Cambiar de un vehículo a otro?

Si No

Por favor denos información de a que lugares va y cómo se transporta ahora.

Liste los lugares a los que va con más frecuencia y cómo es que hace para llegar allá?

1. A que lugar va? _____

Dirección: _____

Qué tan seguido va? _____

Cómo llega allá ahora? _____

1. A que lugar va? _____

Dirección: _____

Qué tan seguido va? _____

Cómo llega allá ahora? _____

En case de que sea nesecitado, tiene usted un reporte/comprobante de salud de un médico profesional para justificar esta solicitud? (Esto no es un requisito) Si No

Certificación y Firma

Entiendo que el sentido de esta solicitud es para determinar si califico para el uso del Traveler. Yo certifico que la información proveída en esta solicitud es verdadera y correcta.

El Americans with Disabilities Act de 1990 es un acto de derechos civiles que requiere agencias de transporte público para proveer servicios a personas con discapacidades que los previene de acceso alguno al sistema del servicio de transporte público en el area. La información que usted provee nos permitirá tomar una desición apropiada para usted. Toda la información se mantendrá confidencial. Gracias por su asistencia.

Al firmar esta solicitud, el aplicante esta de acuerdo con las siguientes condiciones:

1. Una evaluación de habilidad funcional se realizará en persona a parte de la solicitud completa. Es mi responsabilidad llegar a la evaluación ya sea en Rifle ó en Glenwood Springs y traer una identificación válida con foto.
2. El aplicante puede presentar verificación de algún proveedor de cuidado personal, verificando su evaluación de necesidad de servicios de transporte con Traveler.
3. Si en algún momento su discapacidad ya no le afecta como lo ha descrito, ya no calificará para los servicios de Traveler y los servicios serán terminados.

Nombre	Firma	Fecha
--------	-------	-------

Si alguien otro que no sea la persona que esta aplicando, ayudó a llenar la aplicación, favor de proveer la siguiente información:

Nombre de la persona _____

Parentesco con la perona que esta aplicando _____

Dirección de la persona que le asistió: _____

Agencia (si aplica): _____

Forma de contacto: (correo electrónico, teléfono, etc.) _____

Favor de completar la solicitud y enviarla por correo a la siguiente direccion: (Garfield County Dept. of Human Services, 195 W. 14th Street, Rifle CO 81650), fax (970-928-0465) ó por correo electrónico (jumartin@garfield-county.com). Recibirá una llamada de alguien del personal de la oficina dentro de una semana de la fecha en que se reciba la solicitud para hacerle una cita para la evaluación de habilidad funcional en persona. También nos puede llamar al (970) 945-9191 extensión 3061 si tiene alguna duda ó pregunta.