



ValleyMetro.org | 4600 E. Washington St. | Suite 102 | Phoenix, AZ 85034  
T 602.716.2100 F 602.716.2115 TTY 602.251.2039

## PANORAMA GENERAL E INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD DE SERVICIO DE PARATRÁNSITO ADA DE VALLEY METRO

El Decreto de Americanos con Discapacidades (ADA) requiere que se provea Servicio complementario de Paratrásito ADA con una modalidad alterna de transporte a personas calificadas que no puedan, debido a una discapacidad, usar los servicios de autobús de Valley Metro o del tranvía ligero Metro. Las regulaciones ADA establecen que los individuos deben solicitar el Servicio de Paratrásito ADA y que se debe determinar que son elegibles con respecto al decreto ADA para que se les pueda proveer el Servicio de Paratrásito ADA.

Para solicitar la elegibilidad al Servicio de Paratrásito ADA, llene la Solicitud de Paratrásito ADA de Valley Metro. Cuando haya llenado la solicitud, llame al Centro de Movilidad de Valley Metro al (602) 716-2100, opción 2 para programar su evaluación para el Servicio de Paratrásito ADA.

El día de su evaluación, por favor traiga lo siguiente a su cita:

- **Su solicitud llena - Responda todas las preguntas, firme y feche la forma**
- **Documentación de apoyo con respecto a su discapacidad** (si la hay)
- **Comprobante de identidad** - Identificación del estado, licencia de manejo, certificado de nacimiento, etc.
- **Equipo** - Cualquier equipo necesario que usted use para transportarse normalmente o que necesitaría usar cuando viaje en los servicios de transporte

Por favor esté consciente de que usted podría estar fuera de su hogar durante hasta 2 horas. Traiga consigo un pequeño tentempié o bebida, medicamentos, suficiente oxígeno, etc., que podría necesitar mientras esté fuera de casa. Puede traer a alguien con usted si necesita ayuda. Es importante que alguien venga con usted si necesita ayuda traduciéndole de inglés a otro idioma. Por favor evite traer a niños o a persona/s adicional/es que no sea/n necesaria/s para ayudarle a usted.

Si tiene cualquier pregunta adicional antes de su evaluación, por favor llame al Centro de Movilidad de Valley Metro al (602) 716-2100, opción 2.



# SOLICITUD DE PARATRÁNSITO ADA DE VALLEY METRO

## INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Femenino    Masculino    Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### DOMICILIO DEL HOGAR

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado AZ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Día \_\_\_\_\_ Teléfono de Noche \_\_\_\_\_

TDD    Sí    No

### DOMICILIO POSTAL (Si es distinto al domicilio previo)

Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado AZ Código Postal \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_

Teléfono de Día \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

¿Requiere usted información en un formato alterno?    Sí    No

Si contestó sí, por favor indique:    Braille    Letra Grande    Otro \_\_\_\_\_

Su primer idioma:    Inglés    Español    Otro \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE MOVILIDAD

¿Cuál es su Discapacidad/Condición Médica/Diagnóstico?

De los siguientes dispositivos o equipo de movilidad, ¿cuál usa usted?

- Bastón
- Muletas
- Silla Manual de Ruedas
- Tanque de Oxígeno
- Silla Eléctrica de Ruedas
- Escúter
- Animal de Servicio
- Andadera
- Bastón Blanco

Liste sus medicamentos actuales:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor llame al 602.716.2100, Opción 2 para programar una cita. Usted debe traer una identificación válida con fotografía y esta solicitud de servicio de paratransito ADA completa a su cita de evaluación en persona.**

Importante: En el evento de que existan dudas relacionadas con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.

Valley Metro puede necesitar contactar a sus profesionales de rehabilitación o del cuidado de la salud para pedir información adicional sobre cómo es que su discapacidad le previene a usted usar el servicio de autobús o tranvía ligero. Por favor liste a los profesionales con licencia o certificados en rehabilitación o del cuidado de la salud que puedan proveer información sobre sus habilidades. Toda la información será confidencial y sólo se utilizará para determinar la elegibilidad al Servicio de Paratransito ADA.

## INFORMACIÓN PROFESIONAL

Médico u Otro Profesional: \_\_\_\_\_

Nombre del Consultorio: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

Médico u Otro Profesional: \_\_\_\_\_

Nombre del Consultorio: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Fax #: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

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

## CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo certifico que la información provista en la solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la falsificación de la información puede resultar en la denegación del servicio. Yo autorizo a los profesionales listados arriba para que liberen información a Valley Metro sobre mi discapacidad y sus efectos en mi habilidad de viajar en el servicio de autobús o del tranvía ligero. A menos que se revoque antes, esta forma permite a los profesionales listados liberar información hasta 90 días de la fecha indicada abajo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_

Firma de la persona ayudando al/la solicitante (si la hay): \_\_\_\_\_

**Por favor llame al 602.716.2100, Opción 2 para programar una cita. Usted debe traer una identificación válida con fotografía y esta solicitud de servicio de paratransito ADA completa a su cita de evaluación en persona.**

Importante: En el evento de que existan dudas relacionadas con el significado del lenguaje aquí usado, la versión en inglés gobernará.