

**Las solicitudes completas se pueden enviar a:**

**Manager of Paratransit & Mobility Services**

Attn: ADA Eligibility Application  
NCTD – North County Transit District  
810 Mission Avenue  
Oceanside, CA 92054

**Guía de Solicitud para el Paratransito LIFT del North County Transit District**

Gracias por su interés sobre la elegibilidad para el Servicio de Paratransito LIFT del North County Transit District. El NCTD ofrece varios servicios de transporte público para personas con discapacidades. La elegibilidad para estos servicios está basada en cómo la discapacidad afecta su habilidad funcional para usar el servicio de la ruta fija de autobús y de tren del NCTD. Todos los autobuses y trenes del NCTD son accesibles para personas con discapacidades e incluyen características como pisos bajos, abordaje a nivel, rampas/elevadores, anuncios por audio, áreas de asientos prioritarios para personas con discapacidades, señalización avanzada, autobuses con sistemas de inclinación y pasamanos.

El NCTD ofrece un Programa de Tarifas Reducidas para las personas mayores, personas con discapacidades y personas con Medicare (Programa S/D/M) que sean elegibles para participar. Este programa ofrece tarifas con descuentos para los servicios de autobuses y trenes con rutas fijas y es el programa principal utilizado por la mayoría de clientes con discapacidades en la región del condado Norte. Los clientes elegibles pueden viajar en autobuses y trenes accesibles a una tarifa reducida con pases diarios, pases mensuales y pases de 30 días. Este programa está disponible para personas con discapacidades que sean funcionales para poder usar los sistemas de autobuses y trenes con ruta fija como su opción principal para desplazarse. Para obtener más información sobre el Programa S/D/M o para recibir un formulario de solicitud, por favor visite el siguiente sitio de internet:

- [www.gonctd.com/reduced-fare-eligibility](http://www.gonctd.com/reduced-fare-eligibility)
- O contacte al NCTD al (760) 966-6500.

El NCTD también ofrece el Servicio de Paratransito LIFT (LIFT). Bajo el artículo 49 CFR §37.121, el NCTD está obligado a proveer paratransito a personas con discapacidades que sea comparable al nivel de servicio que se ofrece a personas sin discapacidades que usen el sistema de autobús o tren de rutas fijas.

Si no puede usar el servicio de autobuses y trenes con rutas fijas, puede ser elegible para LIFT. LIFT es un servicio de paratransito compartido que está disponible para los solicitantes calificados quienes tengan limitaciones físicas o cognitivas que les impide utilizar el servicio regular de autobús o tren de rutas fijas del NCTD. Puede solicitar viajes de LIFT durante las mismas horas del día y días de la semana dentro de una zona de ¾ de milla de la ruta fija del autobús BREEZE y del servicio de tren SPRINTER. El tiempo de viaje de LIFT es comparable en el nivel de servicio y tiempo de viaje de los servicios de autobús y tren de rutas fijas del NCTD.

**LA ELEGIBILIDAD DE LIFT NO SE BASA EN EDAD, DIAGNÓSTICO MÉDICO, UNA LICENCIA DE CONDUCIR SUSPENDIDA, ESTADO FINANCIERO O SI ES UN VETERANO MILITAR DE EE.UU.** Para ser elegible a usar el servicio LIFT, debe tener una discapacidad (por ej. física, mental y/o visual) que le impide utilizar el servicio de autobús o tren de rutas fijas del NCTD. Las personas con discapacidades que puedan usar independientemente las rutas fijas de autobús o tren del NCTD pueden no calificar para el servicio LIFT.

El NCTD utiliza una tercera parte independiente, ADARide, para establecer los parámetros de elegibilidad para los clientes potenciales de LIFT. Para calificar para LIFT, se debe enviar una solicitud para el Servicio de Paratransito LIFT del NCTD. Después de recibir y revisar su solicitud, se programará una evaluación funcional en persona en el Centro de Evaluación de Paratransito del NCTD en Escondido, localizado en el Centro de Tránsito de Escondido en Escondido, CA. Si usted no puede llegar a la evaluación en persona con su propio transporte, el NCTD proveerá un viaje sin costo. Una identificación con fotografía será necesaria para verificar su identidad para la evaluación en persona. La evaluación en sí dura aproximadamente una hora; sin embargo, debe anticipar que el tiempo total para realizar la evaluación y el tiempo de viaje hacia y desde el centro de evaluación será de aproximadamente 2 a 3 horas.

La elegibilidad para LIFT podrá ser otorgada por hasta 3 años. Los clientes que deseen continuar el servicio de LIFT después de la fecha de vencimiento de su elegibilidad deberán volver a solicitarlo y completar el proceso de elegibilidad antes de su fecha de vencimiento para prevenir una interrupción en el servicio de LIFT. Espere al menos 21 días para completar el proceso.

Será notificado(a) por correo sobre la determinación de su elegibilidad dentro de veintiún (21) días calendario después que haya enviado su solicitud completa, O después de que se complete la evaluación funcional. Si usted no recibe una respuesta dentro de 21 días calendario, se le otorgará elegibilidad temporal hasta se haya tomado una determinación final. Si es elegible para el servicio LIFT, recibirá un número de identificación LIFT y una Guía de Viaje describiendo el servicio LIFT más detalladamente y el proceso de reservaciones. Su carta de determinación de elegibilidad tendrá más detalles sobre el proceso de apelación de LIFT del NCTD.

Para obtener información o asistencia adicional, por favor, contacte a ADARide al (877) 232-7433, o visite el sitio en internet del NCTD en: [www.gonctd.com/lift](http://www.gonctd.com/lift).

## Solicitud para el Servicio de Paratransito LIFT del NCTD

### INFORMACIÓN PERSONAL

Primer Nombre  Inicial del Segundo Nombre  Apellido

Fecha de Nacimiento  Género: Masculino  Femenino  Otro

¿Es ésta una nueva solicitud o una recertificación? Recertificación  Nueva

Si es una recertificación, por favor, provea su número Trapeze:

### DIRECCIÓN DE SU DOMICILIO

Número y Calle  Apto No.

Ciudad  Estado  Código postal

**DIRECCIÓN POSTAL** (Si la Dirección Postal es diferente a la de su Domicilio, por favor, ingrésele a continuación)

Número y Calle  Apto No.

Ciudad  Estado  Código postal

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Teléfono (Casa) (    )    -

Teléfono (Móvil) (    )    -

Correo electrónico

Formato deseado de notificación (por ej. audio, formato electrónico como un archivo PDF, tipografía grande, Braille, etc)

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Por favor, indique el nombre y teléfono de una persona que podamos llamar en caso de emergencia o si no podemos contactarle a su número regular:

Primer  
Nombre

Apellido

Teléfono (Casa)

(    )    -

Teléfono  
(Móvil)

(    )    -

Relación

**Por favor, indique su Número de la Tarjeta Compass (si no tiene una Tarjeta Compass, pase a la siguiente pregunta):**

**Por favor, indique su Número de Medi-Cal para ayudarle al NCTD a recuperar los costos relacionados a sus viajes de transporte por razones médicas, no de emergencia (si no está inscrito(a) en Medi-Cal, pase a la siguiente pregunta)**

Si tiene Medi-Cal, por favor, indique su Administrador de Servicios de Atención Médica:

Aetna Better Health of California

BCBS of California Promise Health Plan

Community Health Group Partnership Plan

Health Net Community Solutions, Inc.

Kaiser Permanente

Molina Healthcare of California Partner Plan, Inc.

UnitedHealthcare Community Plan

¿Necesita servicios de TDD?

Sí

No

¿Vive en un centro de asistencia diaria o en una residencia para mayores?

Sí

No

¿Necesita un Asistente Personal (AP)?

Sí

No

### INFORMACIÓN DE LA DISCAPACIDAD O CONDICIÓN DE SALUD

Por favor, describa la discapacidad o condición de salud que previene que use el servicio de autobús con ruta fija:

¿Es una discapacidad o condición de salud temporal?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", ¿cuánto tiempo espera que su discapacidad prevenga que use los autobuses de ruta fija?

Meses

¿Está actualmente recibiendo un tratamiento?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", marque el tratamiento o los tratamientos que apliquen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inmovilización sin poder levantar peso | <input type="checkbox"/> Diálisis                              |
| <input type="checkbox"/> Terapia física                         | <input type="checkbox"/> Psicoterapia                          |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                          | <input type="checkbox"/> Medicamentos                          |
| <input type="checkbox"/> Terapia de radiación                   | <input type="checkbox"/> Programa de rehabilitación            |
| <input type="checkbox"/> Cirugía                                | <input type="checkbox"/> Yeso sin movilidad                    |
| <input type="checkbox"/> Ejercicios de movilidad                | <input type="checkbox"/> Inmovilización pudiendo levantar peso |
| <input type="checkbox"/> Convalecencia                          |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor, describir): _____     |  |

¿Si está recibiendo tratamiento actualmente, cuánto tiempo espera que dure el tratamiento?

- |                                     |  |                                    |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-3 meses  | <input type="checkbox"/> 3-6 meses     | <input type="checkbox"/> 6-9 meses |
| <input type="checkbox"/> 9-12 meses | <input type="checkbox"/> Más de un año |                                    |

Describa cualquier efecto secundario que esté experimentando actualmente debido al medicamento o tratamiento que está recibiendo:

**PROVEEDOR DE SALUD (Opcional, puede dejarlo en blanco)**

Nombre del Proveedor

Primario

Institución / Centro / Nombre de la Agencia

Número y Calle  Unidad No.

Ciudad  Estado  Código postal

Teléfono (Oficina) (    )    -

Teléfono (Móvil) (    )    -

Correo electrónico

Especialización

**COMPETENCIAS Y DESTREZAS FUNCIONALES DE TRÁNSITO**

Por favor, lea los siguientes enunciados y marque el que mejor describa sus competencias:

- Puedo viajar en el sistema de transporte independientemente.
- Creo que puedo viajar en el sistema de transporte si alguien me enseñara a hacerlo.
- Puedo usar el sistema de transporte para algunos viajes pero no para otros.
- Tengo una discapacidad temporal y necesito usar LIFT solamente hasta que me recupere.
- No puedo usar el sistema de transporte por mi cuenta.

Cuáles de las siguientes puede realizar sin la ayuda de alguien más:

	S	N
¿Puede pedir y entender instrucciones por escrito o verbales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede cruzar la calle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede contar dinero correctamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recuerda los pasos necesarios para abordar, viajar y bajarse del autobús o tren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Puede esperar a que llegue un autobús o tren en la parada?

 

¿Permanecer parado por 15 minutos si no hay ningún lugar en dónde sentarse?

 

¿Tomar las gradas hacia arriba y hacia abajo si existe un pasamanos?

 

¿Transbordar de un autobús o tren a otro?

 

¿Permanecer parado en un autobús o tren en movimiento si hay un pasamanos?

 

¿Ha tenido una caída reciente que requirió de atención médica?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", ¿qué tan frecuentemente se cae a la semana?

Si la respuesta es "sí", la caída ocurrió mientras que utilizaba un aparato o dispositivo para moverse?

---

Sí  No

La siguiente lista incluye las barreras comunes que previenen que las personas usen el sistema de autobuses o trenes. ¿Alguna de estas barreras aplica a usted?:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío o al calor   | <input type="checkbox"/> Lluvia   |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz   | <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna   |
| <input type="checkbox"/> Falta de superficies antideslizantes en las aceras o rampas                             | <input type="checkbox"/> Falta de aceras  |
| <input type="checkbox"/> Elevaciones o colinas   | <input type="checkbox"/> Camino irregular   |
| <input type="checkbox"/> Polución del aire   | <input type="checkbox"/> Parada de autobús no accesible   |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para transbordar de un autobús o tren a otro                                | <input type="checkbox"/> Días buenos/malos  |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para caminar/usar la silla de ruedas por $\frac{1}{4}$ de milla (3 cuadras) | <input type="checkbox"/> Incapacidad para caminar/usar la silla de ruedas por $\frac{1}{2}$ milla (6 cuadras) |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para caminar/usar la silla de ruedas por $\frac{3}{4}$ de milla (9 cuadras) | <input type="checkbox"/> Ninguno  |

#### APARATO DE MOVILIDAD

¿Actualmente utiliza un aparato de movilidad cuando sale a lugares?

Sí  No

Si la respuesta es "sí", marque qué aparato(s) de movilidad usa:

<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas eléctrica/de batería	<input type="checkbox"/>	Muletas
<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/>	Oxígeno portátil con carrito
<input type="checkbox"/>	Scooter eléctrico	<input type="checkbox"/>	Oxígeno portátil con bolsa
<input type="checkbox"/>	Andador	<input type="checkbox"/>	Pizarra con dibujos/alfabeto o pizarra de comunicación
<input type="checkbox"/>	Animal de servicio	<input type="checkbox"/>	Bastón
<input type="checkbox"/>	Prótesis	<input type="checkbox"/>	Bastón blanco
<input type="checkbox"/>	Aparatos ortopédicos (para piernas)		
<input type="checkbox"/>	Otro (por favor, describir): _____		

Si utiliza una silla de ruedas o scooter, cuál es el ancho y largo (en pulgadas):

Ancho  Largo

Si utiliza una silla de ruedas o scooter, cuál es el peso total de su aparato de movilidad cuando lo está usando (en libras):

Peso total

¿Cuánto tiempo ha utilizado su aparato de movilidad?

Años  Meses

*Nota: Todos los vehículos del NCTD pueden acomodar, como mínimo, a todas las sillas de ruedas de los usuarios que pesen hasta 600 libras y que midan 30 pulgadas de ancho y 48 pulgadas de largo. Si usted y su silla de ruedas sobrepasan estas especificaciones, el NCTD hará todo lo posible para acomodarlos si el peso combinado (de la silla de ruedas y el usuario) no excede las especificaciones y la capacidad de la rampa/el elevador del vehículo, y que al hacer los arreglos, estos sean consistentes con los requisitos legítimos de seguridad como se indica en el reglamento de la Ley Estadounidense para Discapacidades (ADA) del Departamento de Transporte.*



## CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo entiendo que el propósito de la solicitud es determinar si existen momentos cuando no pueda usar las rutas fijadas del servicio de autobús o tren del North County Transit District y que por lo tanto requiera el uso del servicio LIFT para mis necesidades de transporte público. **Yo certifico** que, a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es **verdadera** y **correcta**. Yo entiendo que proveer información falsa puede resultar en la negación del servicio, así como también que puede resultar en una multa bajo la ley. Yo acepto participar en una evaluación en persona de mis competencias y limitaciones de movilidad para el propósito de tomar una determinación sobre mi elegibilidad para el servicio de paratransito como es el requisito. Yo acepto notificar al NCTD si mi condición cambia, si estoy usando un nuevo aparato de movilidad o si ya no necesito usar el servicio de paratransito bajo la ADA.

Yo entiendo que el NCTD y/o ADARIDE tienen el derecho de revisar mi elegibilidad para el uso de paratransito bajo la ADA en cualquier momento y, en donde las circunstancias lo ameriten, puedo convertirme en inelegible para recibir los servicios de paratransito bajo la ADA.

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

La siguiente persona me ayudó a llenar esta solicitud:

Nombre Impreso										
Agencia (si es aplicable)										
Relación										
Número y Calle							Apto/Unidad No.			
Ciudad				Estado		Código postal				
Teléfono	(	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	-	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Teléfono (Móvil)	(	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	-	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Correo electrónico										

## **AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Al firmar esta solicitud, yo entiendo que estoy dando mi consentimiento al NCTD y ADARIDE para usar y divulgar mi información protegida de salud para transferir información a los proveedores de transporte y de servicios de movilidad. Por la presente autorizo al NCTD y ADARIDE para contactar a mi proveedor de salud con el propósito de verificar mi discapacidad y plan de tratamiento para determinar mi elegibilidad para utilizar paratransito.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_