



**Solicitante,  
Solicitante**

**Apreciamos su interés en nuestro servicio de curva a curva paratransit. La aplicación a continuación tiene que ser llenada legible y completamente. La forma para el doctor tiene que ser llenada por el doctor, proveedor de salud con licencia, o trabajador social con licencia que lo cuida y esta familiarizado con su incapacidad.**

**Después de recibir su aplicación completamente llenada, usted puede ser contactado para hacer una cita en persona para determinar su elegibilidad. La transportación será proveída sin ningún costo al local de la entrevista. Recibirá una carta dentro de 21 días de negocio para saber nuestra determinación. Si necesita asistencia para llenar la aplicación puede llamar nuestra oficina al 713-578-2216. También puede pedir asistencia con la aplicación cuando venga a su entrevista persona a persona.**

**Denuedo, les doy las gracias por su interés en el Servicio de Transito del Condado de Harris.**

**Director de Transportación  
713-578-2216**

***Condado de Harris Oficina de Servicios de Transportación*  
CERTIFICACION**

**DE  
ADA ELEGIBILIDAD**

**DEVOLVER APLICACION LLENADA A:**

**Harris County Transit  
Director of Transportation  
8410 Lantern Point Drive  
Houston, Texas 777054**

PARTE I – Para ser completada por el solicitante *(Favor de imprimir o a maquinilla)*

\_\_\_\_\_

Apellido Nombre Inicial

\_\_\_\_\_

Calle Número de Apartamento

\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa Teléfono del Trabajo Numero de Seguro Social Fecha de Nacimiento

\*\*\*\*\*

PARTE II – Favor de contestar todas las preguntas a continuación.

1. Puede usted montarse y desmontarse sin asistencia del Autobús de Harris County sin elevador de silla de rueda?

Si \_\_\_ No\_\_\_ Si no, favor explicar:\_\_\_\_\_

2. Puede usted montarse y desmontarse sin asistencia del Autobús de Harris County con elevador de silla de rueda?

Si \_\_\_ No\_\_\_ Si no, favor explicar:\_\_\_\_\_

3. Puede usted ir a la parada más cercana?

Si \_\_\_ No\_\_\_ Si no, favor explicar:\_\_\_\_\_

Local:\_\_\_\_\_ Que Lejos queda:\_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Determination:

\_\_\_\_\_

Expiration Date:

\_\_\_\_\_

Assessment Date:

---

4. Utiliza usted actualmente el servicio de Transito de Harris County, vales de RIDES o de la Cruz Roja ?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Que Rutas? \_\_\_\_\_

5. Puede usted manejar dinero y transferencias?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si no, favor de explicar: \_\_\_\_\_

6. Puede usted utilizar varandas y mangos?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si no, favor de explicar: \_\_\_\_\_

7. Puede usted mantener balance mientras esta sentado y el autobús se esta moviendo?

Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

8. Puede entender los programas de autobús? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Entender y seguir direcciones? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Procesar información para usar el Harris County Transit? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

9. Si puede usar un autobús equipado con elevador, actualmente, no puede montarse porque:

\_\_\_ El elevador no puede utilizarse en las paradas donde usted puede tomar el autobús?

\_\_\_ Su silla de rueda no se puede acomodar en un vehiculo de transito?

\_\_\_ Otras razones. Favor de Explicar: \_\_\_\_\_

10. Esta impedido de poder ir y regresar a la parada del autobús por una o más de las siguientes razones ?

\_\_\_ Sensibilidad extremada a las condiciones del clima

\_\_\_ Sensibilidad alergias/ambientales

\_\_\_ Hiper-Cansancio, debilidad

\_\_\_ Ciego nocturno

\_\_\_ Inhabilidad de cruzar intersecciones muy ocupadas

\_\_\_ Inhabilidad de encaramar tres escalones de 10 pulgadas

\_\_\_ Parada del autobús muy lejos

Favor Explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Puede realizar las siguientes funciones sin supervisión?

a) Encontrar la ruta entre lugares familiares ?

Si\_\_\_ No\_\_\_ Si, con entrenamiento \_\_\_

b) Dejar saber al conductor cuando bajarse en una parada conocida y bajarse?

Si\_\_\_ No\_\_\_ Si, con entrenamiento \_\_\_

12. Puede usted hacer las siguientes funciones sin asistencia de otra persona?

\_\_\_ Ir 200 pies (la distancia de un bloque en la ciudad)

\_\_\_ Ir ¼ de milla (la distancia de tres bloques de la ciudad)

\_\_\_ Cual es la distancia máxima que puede viajar para llegar a la parada?

13. Su habilidad de poder llegar a diferentes lugares esta afectada por:

\_\_\_ Terreno

\_\_\_ Lluvia, nieve, hielo

\_\_\_ Temperaturas extremas de calor o frío, con viento

14. Puede esperar afuera por 15 minutos?

Si\_\_\_ No\_\_\_ A veces\_\_\_

No, favor de explicar \_\_\_\_\_

15. Tiene problemas parándose por más de 15 minutos?

Si\_\_\_ No\_\_\_ A veces\_\_\_

Si, favor de explicar \_\_\_\_\_

16. Su incapacidad, le permite usar el autobús cuando se siente bien?

Si\_\_\_ No\_\_\_

17. Su incapacidad, le permite usar el autobús cuando no se siente bien?

Si\_\_\_ No\_\_\_

18. Como describiría el terreno donde vive? (inclinaciones muy altas, Colinas largas, lizo, etc.)

\_\_\_\_\_

---

19. Puede cruzar la intersección o calle ocupada por si solo?

Si\_\_\_ No\_\_\_

Si, bajo que circunstancias? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Ha recibido entrenamiento de movilidad para las rutas y destinos?

Si\_\_\_ No\_\_\_

Que aprendió? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Si ofreciéramos entrenamiento de viajar, estaría interesado en participar?

Si\_\_\_ No\_\_\_

22. Nombre tres de sus destinos frecuentes, y como llega?

Frecuencia

Destinación o Nombre de de calle y como llega allí ahorra?

---

---

---

23. Hay lugares que le gustaría ir pero no puede llegar ahorra?

Frecuencia

Destinación o Nombre de Calle y Barrera?

---

---

---

24. Como se entero del Servicio de Harris County Transit? \_\_\_\_\_

---

---

**PARTE III – Favor de seleccionar a alguien que no estará viajando con usted.**

**En caso de emergencia notificar:**

\_\_\_\_\_  
Nombre Relación

\_\_\_\_\_  
Numero de la Casa/Numero del Trabajo

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Favor de indicar a continuación si el solicitante puede estar solo cuando llegue a su destino.

\_\_\_ Solicitante puede quedarse solo en su destino \_\_\_ Solicitante no se puede dejar solo en su destino

**PARTE IV – Favor de leer todas las afirmaciones a continuación y inicial que acepta los derechos y responsabilidades para el servicio de transito del condado de Harris .**

Yo entiendo mis derechos y responsabilidades para el Servicio de Harris County Transit:

**INICIALES**

1. Harris County Transit es transportación pública y yo voy a estar compartiendo con otros pasajeros ..... \_\_\_\_\_
2. Harris County Transit no provee servicio de emergencia..... \_\_\_\_\_
3. Tengo que enseñar la identificación con retrato y pagar la feria cada vez que viaje..... \_\_\_\_\_
4. Tres veces que “no me presente en 30 días puede resultar en suspensión del programa..... \_\_\_\_\_
5. Harris County Transit tiene 15 minutos antes y 15 minutos después de la hora arreglada para presentarse..... \_\_\_\_\_
6. Harris County Transit esperara 5 minutos cuando llegue ..... \_\_\_\_\_
7. Harris County Transit es servicio puerta a puerta..... \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información proveída en esta aplicación es verídica. Yo entiendo que dando información falsa puede resultar en denegación o anulación del servicio de Transito del Condado de Harris. Yo entiendo que esta información será mantenida en confidencia, y solamente la información requerida para proveer los servicios solicitados será revelada a aquellos que necesitan saber para proveerme los servicios.

Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*\*Si el solicitante fue ayudado por alguien para completar esta aplicación, la persona que lo ayudo tiene que completar lo siguiente:

\_\_\_\_\_

Apellido Nombre Inicial

\_\_\_\_\_

Calle Número de Apartamento

\_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código Postal

\_\_\_\_\_

Home Phone Work Phone Relation to Applicant

**Office Use Only**

Screening Committee Review:

Reviewed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Decision: \_\_\_\_\_

Reviewed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Decision: \_\_\_\_\_

Reviewed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Decision: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

---

---

---

**Dear Health Care Provider:**

The Americans with Disabilities Act and its implementing federal regulations established categories of persons who are eligible to receive paratransit services complementary to fixed-route bus services. The three categories of persons with rights to complementary paratransit are:

1. Persons who, because of their disability, cannot independently board, ride and/or disembark from an accessible vehicle.
2. Person who, because of their disability, cannot use vehicles without lifts or other accommodations.
3. Persons who, because of their disability, cannot get to or from a boarding or disembarking location.

Any individual is to be certified as ADA paratransit eligible if there is any part of the transit system that cannot be used or navigated by that individual because of a disability. Persons are not to be qualified or disqualified on the basis of a specific diagnosis or disability. The information requested from you on the following pages will allow Harris County Transit to obtain the information necessary to establish eligibility of the applicant. Thank you for your assistance.

**PART V -- To Be Completed By Appropriate Health Care Provider**

(Please Print or Type)

Please Check One:  Physician

Licensed Health Care Provider

Licensed Rehab/Social Worker

Applicant's Name \_\_\_\_\_

Last First Mid. Initial

Medical diagnosis of condition causing disability: \_\_\_\_\_

---

---

Is the condition permanent?

Yes\_\_\_ No\_\_\_ If not, expected duration:\_\_\_\_\_

Does this disability prevent the applicant from utilizing the fixed route services (regular bus service)? If yes, please describe in detail. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**PART VI – Please answer all of the following questions.**

The following information will be used to ensure that an appropriate vehicle is sent to provide transportation and that Harris County Transit can make an accurate analysis of the applicant’s trip requests.

Does the applicant use any of the following mobility aids? (Check all that apply)

- Cane  Power Chair  Communication Board
- White Cane  Large Power Chair  Service Animal
- Walker  Power Scooter  Portable Oxygen Supply
- Crutches  Manual Chair  Personal Care Attendant
- Leg Braces  Picture/Alphabet Board  Other: \_\_\_\_\_

Please indicate below if the applicant can be left alone

Applicant can be left alone  Applicant can't be left alone

Can the applicant walk or wheel . mile (3 blocks) without the assistance of another person?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

1. Can the applicant climb three 10-inch steps with assistance?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

2. Can the applicant wait outside without support for 15 minutes?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

3. Is applicant on dialysis?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

4. Does the applicant have a hearing impairment?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

5. Is the applicant able to give addresses and phone numbers upon request?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

6. Is the applicant able to recognize a destination or landmark?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

7. Is the applicant able to deal with unexpected situations or unexpected changes in

routine?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

8. Is the applicant able to ask for, understand, and follow directions?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

9. Is the applicant able to safely and effectively travel alone through crowded and/or complex facilities?

Yes\_\_\_ No\_\_\_

**\*\* If the applicant has a visual impairment:**

Visual acuity with best correction: Right Eye \_\_\_\_\_ Left Eye \_\_\_\_\_

Both Eyes \_\_\_\_\_

Visual Fields: Right Eye \_\_\_\_\_ Left Eye \_\_\_\_\_

Both Eyes \_\_\_\_\_

Please describe any other disability or effect that prevents the applicant from using the regular bus service. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PART VII**

Based upon my professional knowledge of the applicant, I certify that the preceding information is true and correct.

\_\_\_\_\_  
Name of Health Care Provider (Please Print) Office Phone Number

\_\_\_\_\_  
Office Street Address City State Zip Code

\_\_\_\_\_  
State License Number (Complete if Applicable – Must be Current)

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_