



Estimado solicitante de Mainstream:

Gracias por su interés en Mainstream. Adjunta encontrará una solicitud e información sobre nuestros servicios. Dedique un momento a leer la información para familiarizarse con el proceso antes de empezar a completar la solicitud.

Como solicitante, se le pide que complete la Parte 1 en detalle. Un profesional con licencia especializado en las limitaciones funcionales impuestas por su afección debe completar y firmar la Parte 2. Los profesionales calificados para completar este formulario incluyen: audiólogo, quiropráctico, enfermero certificado, médico, especialista en movilidad, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional, optometrista, psicólogo, trabajador social independiente con licencia (LISW: *debe especializarse en limitaciones funcionales específicas*). **Debido a posibles conflictos de intereses, el profesional con licencia no puede ser un familiar inmediato.**

*Algunos aspectos que demorarán/impedirán que el Departamento de Servicios de Movilidad (Mobility Services Department) procese una solicitud incluyen:*

- **CUALQUIER** pregunta que quede sin respuesta en la Parte 2.
- No firmar la Parte 2.
- Que la Parte 2 sea completada por una persona diferente de un profesional con licencia.
- Que el profesional con licencia o certificado que completa la Parte 2 no indique su nombre completo, cargo, dirección y número de licencia o certificación.

- *Sin importar su edad, si tiene un tutor legal, el tutor debe firmar y poner la fecha en la solicitud para que pueda evaluarse si usted puede recibir los servicios de Mainstream.*

**Después de completar la solicitud, envíenosla de una de las siguientes formas:**

- **Correo electrónico: PullinsTL@cota.com**
- **Fax: 614-272-3018**
- **Correo postal: 1330 Fields Avenue, Columbus, Ohio 43201**

**Después de recibir la solicitud completada, nuestro Coordinador de movilidad se comunicará con usted para programar un momento en que completar una entrevista/ evaluación funcional. Es importante destacar que se deben completar ambas partes de la solicitud en los 90 días posteriores a la entrevista/evaluación funcional que se haya programado. Si esto no sucede, la solicitud no tendrá validez y se le pedirá que complete ambas partes de la solicitud otra vez.**

Recibirá una notificación de estado por correo postal de Estados Unidos. Si no recibe la notificación después de 21 días de la entrevista/evaluación funcional, se le otorgará la elegibilidad temporal para usar Mainstream hasta que se le notifique oficialmente lo contrario. Si se le deniega la elegibilidad, tiene derecho a apelar la decisión.

Si necesita esta información en un formato accesible o si tiene preguntas sobre este proceso, comuníquese con el Departamento de Servicios de Movilidad en el 275-5828.

## PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO DE ADA

**P:** *¿Qué significa ADA (o "Paratrásito de ADA")?*

**R:** ADA es la sigla que significa Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), una ley de 1990 que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades en las áreas de empleo, alojamiento público y servicios públicos, como el transporte. La ADA tiene en cuenta el servicio de autobús regular (COTA) como el "principal medio de transporte público para todos". Por este motivo, todas las ciudades con servicio de autobús regular deben hacer que el servicio sea "accesible" (fácil de usar) para personas con discapacidad y dar un servicio de origen a destino similar, o "servicio de paratrásito", para quienes no pueden usar el servicio de autobús regular debido a una afección.

En el condado de Franklin, Mainstream es el servicio de "Paratrásito de ADA". La ADA declara que el servicio de autobús regular de COTA debe ser el principal medio de transporte público para todos, incluidas las personas con discapacidades. Según la ADA, Mainstream funciona como "red de seguridad" solo para aquellas personas cuya capacidad funcional impuesta por su discapacidad les impide usar el autobús COTA regular.

**P:** *¿Cuál es el criterio de elegibilidad de ADA? ¿Qué califica como discapacidad?*

**R:** La ley ADA indica que necesitamos tener en cuenta su "capacidad funcional" para usar el servicio de autobús COTA de ruta fija de manera independiente. Es posible que sea elegible para el servicio de paratrásito de ADA si no puede hacer ninguna de las siguientes acciones debido a una afección:

1. No puede subir, usar o bajar de un autobús COTA de ruta fija de, incluso aunque pueda llegar hasta una parada de autobús y el autobús tenga un elevador para silla de ruedas. Ejemplo: Personas que no pueden usar el autobús de manera independiente, reconocer las paradas de autobús, leer el horario de los autobuses, determinar la tarifa, etc.
2. Tiene una afección relacionada con un deterioro específico que le impide ir o volver de la parada de autobús. Ejemplos: (1) Personas con sensibilidad especial a temperaturas que les prohíba trasladarse hacia o desde una parada de autobús ante ciertas condiciones climáticas. (2) Personas con afecciones físicas que les impiden ir o volver de la parada de autobús debido a la falta de aceras o rampas.

**P: *¿Cuáles son algunos de los criterios que no se tienen en cuenta para determinar la elegibilidad?***

**R:** La elegibilidad no depende de lo siguiente:

- Su edad (es decir, adulto mayor), sus ingresos o necesidad financiera.
- No tener un coche, no poder conducir u horarios poco convenientes de los autobuses.
- No poder llevar sus libros, alimentos, a los niños u otros artículos en COTA.
- Su diagnóstico médico en particular o la designación de su discapacidad (simplemente tener un diagnóstico de "discapacidad").
- No tener un servicio de autobús en el lugar en el que vive (vivir en un área en la que el servicio de autobús municipal simplemente no está disponible).
- Usar una silla de ruedas.
- El motivo o la importancia de su traslado (la ADA prohíbe restricciones o prioridades basadas en el "propósito del traslado").

**P:** *¿Cómo califica una persona para este servicio?*

**R:** Para calificar para el servicio de paratransito de ADA, una persona debe tener una afección que le impida usar el servicio de autobús de ruta fija (COTA).

**Paso 1:** La solicitud tiene dos partes. El solicitante debe completar la Parte 1. El solicitante puede recibir asistencia de otra persona, pero siempre que sea posible, sus respuestas deben ser por escrito. Si una persona le ayuda, indique la relación entre el solicitante y la persona que lo ayuda al final de la Parte 1. **NOTA:** Cuando en las preguntas se pidan ejemplos detallados, escríbalos. Esto ayudará al Administrador de elegibilidad a comprender las limitaciones funcionales del cliente. Ejemplo: ¿De qué forma esta afección le impide usar el autobús COTA de ruta fija? "La diabetes afecta negativamente mi fuerza". "Me cuesta reunir la fuerza necesaria para salir de la cama por la mañana y paso mucho tiempo descansando con la intención de recuperarme". "La artritis hace que me sea más difícil mantener el equilibrio, ya que está focalizada principalmente en mis pies y tobillos".

**Paso 2:** Entregue la Parte 2 de la solicitud a un profesional con licencia o certificado que se especialice en las limitaciones funcionales impuestas por su afección. **Pida al profesional que complete en detalle la información de la solicitud. La información detallada permite que el Administrador de elegibilidad tenga evidencia documentada para respaldar la información del cliente.**

**Paso 3:** Envíe su solicitud completada al Coordinador de movilidad de COTA de una de las siguientes formas:

- **Correo electrónico: PullinsTL@cota.com**
- **Fax: 614-272-3018**
- **Correo postal: 1330 Fields Avenue, Columbus, Ohio 43201**

**P: *¿Qué implica la entrevista/evaluación funcional?***

**R:** Los Servicios de movilidad de COTA deben tener un panorama claro de lo que el solicitante puede y no puede hacer en relación con el uso de transporte público.

Las entrevistas y las evaluaciones funcionales comprenden la observación específica o pruebas de las capacidades, habilidades o limitaciones de una persona. La evaluación puede ser de factores físicos, psiquiátricos o de desplazamiento (capacidades o habilidades de movilidad/traslado de personas con trastornos visuales o limitaciones cognitivas) que influyen en la capacidad de una persona de usar el transporte público de ruta fija.

Se pueden evaluar las capacidades básicas y la competencia para el funcionamiento diario, como pruebas de fuerza, equilibrio, capacidad para caminar, memoria básica, etc. Las evaluaciones pueden adaptarse a condiciones ambientales específicas vinculadas al uso del servicio de transporte, como subir los escalones del autobús o maniobrar la silla de ruedas para ingresar a un vehículo real, o cruzar intersecciones de calles habituales y localizar paradas de autobús específicas.

**P: *¿Hay un límite de peso o tamaño para los dispositivos de movilidad?***

**R:** Un vehículo COTA puede aceptar dispositivos de movilidad de 33" de ancho por 49" de largo con un peso máximo de 800 libras, una vez ocupado por el solicitante.

## **A TRAVÉS DE MAINSTREAM, SE LES BRINDARÁ A LOS CLIENTES ELEGIBLES POR ADA TODOS LOS TRASLADOS EXIGIDOS POR ADA**

Los traslados exigidos por ADA se definen de la siguiente manera:

La ley ADA declara que "la entidad dará un servicio de paratransito complementario hasta orígenes y destinos en corredores con un ancho de  $\frac{3}{4}$  de milla a cada lado de cada ruta fija. El corredor deberá incluir un área de  $\frac{3}{4}$  del radio de una milla en los extremos de cada ruta fija".

En otras palabras, la ley ADA declara que la autoridad de tránsito debe hacer todos los traslados que reúnan los siguientes criterios:

1. El origen (punto de inicio) del traslado está dentro de  $\frac{3}{4}$  de milla de la parada de autobús de ruta fija durante los horarios en los que el autobús de ruta fija da servicio.
2. El destino (el lugar en el que usted se baja) está dentro de  $\frac{3}{4}$  de milla de la parada de autobús de ruta fija durante los horarios en los que el autobús de ruta fija da servicio.

Por ejemplo, un cliente de Mainstream llama para reservar un traslado que va desde la dirección de su casa en 10 North Front Street a las 4:00 p. m. La dirección de la casa de este cliente está dentro de  $\frac{3}{4}$  de milla de una parada de autobús de ruta fija que funciona entre las 9:00 a. m. y las 6:00 p. m. La dirección de destino también está dentro de  $\frac{3}{4}$  de milla de una parada de autobús de ruta fija que funciona entre las 8:00 a. m. y 8:00 p. m. Dado que las direcciones de recogida y destino cumplen los criterios exigidos por la ley ADA, se debe hacer el traslado del cliente.

**LOS TRASLADOS QUE NO CORRESPONDEN A ADA SON TODOS AQUELLOS QUE NO CUMPLEN CON LA DEFINICIÓN DE ADA QUE FIGURA ARRIBA.**

\* Esta página se dejó en blanco de manera intencional\*

33 North High Street | Columbus, Ohio 43215 | 614.228.1776 | COTA.com



# AUTORIDAD DE TRÁNSITO DE OHIO CENTRAL

## Departamento de Servicios de Movilidad

Fax: 614-272-3018 / Correo electrónico: PullinsTL@cota.com

Dirección postal: 1330 Fields Ave., Columbus, Ohio 43201

### SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO

Mainstream da servicios de paratrásito a personas que no pueden usar el servicio de autobús COTA de ruta fija para todos sus traslados. Para ser elegible para este servicio, las limitaciones funcionales de la discapacidad de una persona **deben impedirle significativamente y en este momento** usar el servicio de autobús COTA de ruta fija. La edad, la distancia desde una parada de autobús, usar silla de ruedas, tener un diagnóstico médico o tener certificada una "discapacidad", en sí mismos, no son criterios para determinar la elegibilidad.

#### **Se debe completar la Parte 1 con las respuestas del solicitante.**

El solicitante puede recibir asistencia de otra persona, pero siempre que sea posible, sus respuestas deben ser por escrito. Si otra persona le ayuda, indique su relación al final de la Parte 1 y pida al solicitante que firme.

**Si vive a más de  $\frac{3}{4}$  milla de cualquier ruta fija de COTA, está fuera del área de servicios de Mainstream. Si necesita más información sobre el servicio COTA Mainstream, llame al 614-275-5833.**

#### PARTE 1

#### DEBE COMPLETARLO EL SOLICITANTE

ESCRIBA O IMPRIMA CON TINTA PARA QUE SE LEA  
CON CLARIDAD

**Marque una opción:**  Nuevo solicitante  Recertificación

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial  
del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿En qué formato quisiera recibir las futuras comunicaciones?

Impresión con letras grandes       CD de audio       Electrónico (correo electrónico)

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es su diagnóstico médico actual?

\_\_\_\_\_

2. ¿De qué forma esta afección le impide usar el servicio de autobús COTA de ruta fija? (**Importante: dé ejemplos detallados**):

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

3. ¿Su afección es temporal?  Sí  No

Si respondió "sí", ¿cuál es la duración esperada? \_\_\_\_\_ meses

4. ¿Puede realizar las siguientes funciones de manera independiente?

	Sí	A veces	No
¿Encontrar el camino entre lugares conocidos?			
¿Sujetar monedas, barandas y manijas?			
¿Comunicar direcciones, destinos y números de teléfono cuando se le piden?			
¿Pedir indicaciones, comprenderlas y seguirlas?			
¿Afrontar situaciones imprevistas o cambios no deseados en la rutina?			
¿Subir y bajar escalones?			

¿Reconocer un destino o punto de referencia?			
¿Caminar o usar una silla de ruedas/scooter durante 200 pies? (una cuadra de la ciudad)			
¿Caminar o usar una silla de ruedas/scooter y recorrer ¼ de milla (1,300 pies/poco menos de 4 ½ campos de fútbol)?			

5. Si usa una ayuda, marque las que correspondan:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual    | <input type="checkbox"/> Muletas            | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil                             |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Andador            | <input type="checkbox"/> Bastón                                       |
| <input type="checkbox"/> Scooter de 3 ruedas       | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Bastón para personas con discapacidad visual |

## AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Comprendo que el propósito de este formulario de evaluación es determinar mi elegibilidad para el servicio de paratransito. Comprendo que la información sobre mi discapacidad incluida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá solamente con los profesionales implicados en evaluar mi elegibilidad. Mediante el presente, autorizo a mi representante médico a revelar cualquier información necesaria sobre mi afección médica a COTA. Comprendo que dar información falsa o confusa podría hacer que se revoque mi estado de elegibilidad. Acepto notificar a COTA Mainstream dentro de los 10 días si se produce un cambio en las circunstancias o si ya no necesito usar los servicios de paratransito.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre y relación de la persona que ayudó a completar la solicitud (si corresponde): \_\_\_\_\_

Poder notarial o firma del tutor (si corresponde):

\_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota:** Sin importar su edad, si tiene un tutor legal, el tutor debe firmar y poner la fecha en la solicitud para que pueda evaluarse si usted puede recibir los servicios de Mainstream.

**Importante:** Falsificar esta solicitud para obtener, ayudar o facilitar a que otra persona obtenga el servicio de Mainstream infringe la sección 2921.13 del Código Revisado de Ohio y la sección 1001, Título 18 del Código de los Estados Unidos. Las sanciones incluyen multas de hasta \$5,000 y prisión por un máximo de diez años.

**AUTORIDAD DE TRÁNSITO DE OHIO CENTRAL**  
**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA PARATRÁNSITO**  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE MOVILIDAD**  
Número de fax: 614-272-3018

Mainstream da servicios de paratrásito a personas que no pueden usar el servicio de autobús COTA de ruta fija para todos sus traslados. Para ser elegible para este servicio, las limitaciones funcionales de la discapacidad de una persona deben **impedirle** usar el servicio de autobús COTA de ruta fija. La edad, la distancia desde una parada de autobús, usar silla de ruedas, **tener un diagnóstico médico o certificación de "discapacidad"**, en sí mismos, no son criterios para determinar la elegibilidad.

**El profesional con licencia o certificado debe completar la Parte 2 de manera clara y completa, y firmarla. Debido a posibles conflictos de intereses, el profesional con licencia no puede ser un familiar inmediato.**

**Si el solicitante completa esta sección con la firma del profesional, NO se la aceptará. El profesional debe completar TODAS las secciones.**

**PARTE 2**

**DEBE COMPLETARLA EL PROFESIONAL CON LICENCIA O CERTIFICADO**

*Los profesionales calificados para completar la Parte 2 incluyen: quiropráctico, médico, especialista en orientación y movilidad (O&M), enfermero certificado, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, optometrista, psicólogo, logopeda, asesor clínico profesional con licencia (LPCC), trabajador social con licencia independiente (LISW) especializado en la limitación funcional*

---

Apellido del solicitante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

1) ¿Cuál es el diagnóstico médico actual del solicitante? No use códigos.

\_\_\_\_\_

2) ¿Cuáles son los síntomas graves del diagnóstico médico indicado en la primera pregunta?  
¿De qué forma estos síntomas impiden que el solicitante use el servicio de autobús COTA de ruta fija?  
(Sea específico y dé ejemplos): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3) ¿La afección es temporal? Sí  No

Si respondió "sí", ¿cuál es la duración esperada? \_\_\_\_\_ meses

4) ¿El solicitante puede subir y bajar sin asistencia de un autobús COTA de ruta fija con elevador para silla de ruedas? El conductor hace funcionar el elevador para silla de ruedas y asegura el equipo.

Sí  No  Si la respuesta es "no", explique: \_\_\_\_\_

5) ¿El solicitante puede caminar/usar la silla de ruedas hasta la parada de autobús más cercana a su casa?

Sí  No

Si la respuesta es "no", indique cuáles de los siguientes motivos corresponden:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No puede hacer maniobras en terreno irregular o terreno empinado       | <input type="checkbox"/> No puede desplazarse sobre superficies cubiertas por nieve o hielo. |
| <input type="checkbox"/> No puede tolerar temperaturas extremas                                 | <input type="checkbox"/> No puede cruzar intersecciones transitadas                          |
| <input type="checkbox"/> Falta de acera o rampas en su barrio                                   | <input type="checkbox"/> No puede identificar el autobús correcto durante el día             |
| <input type="checkbox"/> No puede localizar la parada de autobús debido a un impedimento visual | <input type="checkbox"/> No puede identificar el autobús correcto durante la noche           |
| <input type="checkbox"/> No puede esperar al aire libre por diez (10) minutos                   | <input type="checkbox"/> Mal estado de las aceras (es decir, desniveladas/destruidas)        |
| <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____  |  |
- 

6) ¿El solicitante puede realizar las siguientes funciones de manera independiente?

¿Encontrar el camino entre lugares conocidos?  Sí  No

¿Sujetar monedas, barandas y manijas?  Sí  No

¿Comunicar direcciones, destinos y números de teléfono cuando se le piden?  Sí  No

¿Pedir indicaciones, comprenderlas y seguirlas?  Sí  No

¿Afrontar situaciones imprevistas o cambios no deseados en la rutina?  Sí  No

¿Subir y bajar escalones?  Sí  No

¿Reconocer un destino o punto de referencia?  Sí  No

¿Caminar o usar una silla de ruedas y recorrer 200 pies? (*una cuadra de la ciudad*)  
 Sí  No

¿Caminar o usar una silla de ruedas y recorrer ¼ de milla?  Sí  No

7) Si el solicitante usa una ayuda, marque las que correspondan:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual                       | <input type="checkbox"/> Muletas            |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica                    | <input type="checkbox"/> Andador            |
| <input type="checkbox"/> Scooter de 3 ruedas                          | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Bastón                                       | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil   |
| <input type="checkbox"/> Bastón para personas con discapacidad visual |   |

8) ¿El solicitante necesita la asistencia de otra persona (diferente del conductor) para que lo ayude?

Sí  No

¿El solicitante necesita que otra persona lo ayude con lo siguiente?

\_\_\_\_\_ Ir o volver de las paradas de autobús      \_\_\_\_\_ Ir hacia donde vaya  
\_\_\_\_\_ Subir o bajar del autobús      \_\_\_\_\_ Ayuda en el lugar al que va  
\_\_\_\_\_ Otra (describir) \_\_\_\_\_

9) Indique la capacidad de la persona de realizar las siguientes funciones de manera independiente usando el dispositivo de movilidad menos eficaz:

	Poca o ninguna dificultad	Incomodidad o poca conveniencia	Dolor intenso, impedimento adicional o menor nivel de funcionamiento	Imposible o que probablemente cause una crisis médica grave
Caminar o usar una silla de ruedas para ir y volver de la parada de autobús más cercana hasta ¼ de milla.				
Identificar la parada de autobús correcta y el autobús correcto al que subirse y del que bajar.				
Subir y bajar tres escalones de diez pulgadas usando un pasamanos, de ser necesario.				
Subir y bajar del autobús COTA con un elevador o rampa para pasajeros.				
Pedir, comprender y seguir las indicaciones para viajar en autobús.				

---

Certifico que, según mi habilidad, conocimiento, experiencia y nivel de certidumbre razonable, el solicitante mencionado arriba es elegible para solicitar beneficiarse del Programa de Servicios de Movilidad de COTA.

**Escriba en letra de imprenta clara.**

**Nombre del profesional con licencia o certificado:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_

**Dirección del consultorio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Número de licencia/certificación (requerido)** \_\_\_\_\_