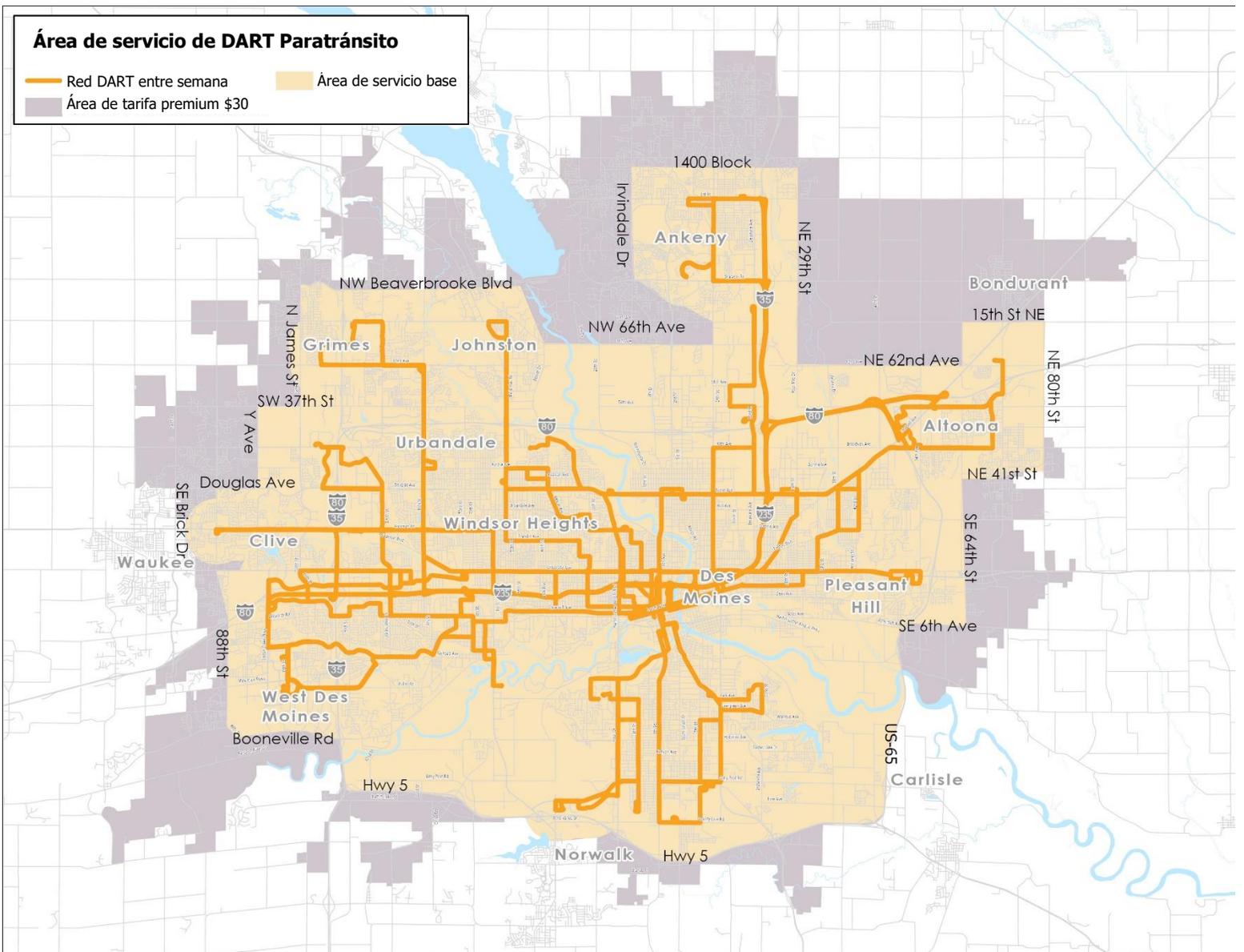


# DART Bus Plus

## DESCRIPCIÓN GENERAL

Bus Plus es el servicio paratransito ADA de DART que brinda transportación para individuos con discapacidad. Este servicio es de puerta a puerta y es accesible para sillas de ruedas. Los usuarios deben presentar una solicitud para usar el servicio Bus Plus. Si es aprobada, los usuarios podrán viajar por cualquier motivo dentro del área de servicio de Bus Plus (consulte el mapa a continuación). El servicio opera en horarios comparables al servicio de autobús de DART y cuesta \$3.50 por viaje en la zona base de servicio y \$30 por viaje in la zona de servicio premium. Para obtener más información, visite [ridedart.com/paratransit](http://ridedart.com/paratransit).



## PROCESO DE ELEGIBILIDAD

Para ser considerados a recibir el servicio, los clientes potenciales deben llenar el formulario de solicitud de Bus Plus y enviar a DART un formulario de verificación profesional firmado (por correo o electrónicamente). Tenga en cuenta que el paquete de solicitud no se considera completo si no se llena completamente y no se envían ambos documentos. Después de recibir y revisar su paquete de solicitud, dentro de 21 días DART le notificará por correo acerca de su determinación de elegibilidad. Es posible que nos comuniquemos con usted si necesitamos información adicional. Si no es elegible, se incluirán instrucciones de como apelar la decisión junto con su carta de determinación.

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA BUS PLUS

Para iniciar el proceso de elegibilidad, complete la solicitud adjunta de DART Bus Plus. Este formulario puede ser llenado por alguien en nombre del solicitante si lo indica al final del formulario. El formulario incluye áreas para información de contacto del solicitante e información sobre la necesidad del servicio Bus Plus.

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL

Para evaluar su elegibilidad para el servicio Bus Plus, DART requiere que alguno de los profesionales que se mencionan a continuación llene el formulario adjunto de verificación profesional de DART. Alternativamente, puede enviar una carta de uno de estos profesionales (con su membrete) que brinde información de respaldo sobre su elegibilidad para Bus Plus. Si no puede completar el formulario o recibir una carta porque actualmente no está bajo el cuidado de ningún profesional, comuníquese con nosotros al (515) 283-8100 y DART le asistirá para encontrar un profesional que pueda evaluar su discapacidad y/o condiciones médicas.

- Quiropráctico
- Optometrista
- Psicólogo
- Trabajador Social Clínico Certificado
- Especialista en orientación y movilidad
- Enfermera registrada
- Clínico de salud mental
- Terapeuta físico
- Consejero de rehabilitación
- Enfermera practicante
- Doctor
- Terapeuta respiratorio
- Terapeuta ocupacional
- Asistente de doctor
- Trabajadora social (MSW)
- Oftalmólogo
- Psiquiatra
- Psicólogo
- Manejador del caso

# Solicitud Bus Plus

## INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre:

Nombre / Inicial del segundo nombre / Apellido

Fecha de Nacimiento:

Mes / Día / Año

Genero:

- Masculino                       No binario  
 Femenino                       Transgénero

Núm. de Medicaid:

- No tengo número de Medicaid

Medicaid MCO (si aplica):

Tipo de Solicitud:

- Nuevo Usuario  
 Recertificación

Dirección de Casa:

Calle / Apt. #

Ciudad, Estado, CP

Dirección Postal (si es diferente):

Calle / Apt. #

Ciudad, Estado, CP

Correo Electrónico:

Teléfono para Contactarle:

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:

Nombre / Apellido

Teléfono:

Relación:

## INFORMACIÓN DE DISCAPACIDAD Y MOVILIDAD

¿Qué tipo o tipos de discapacidades o condiciones de salud le impiden usar el servicio de autobús de ruta fija de DART? (Marque todos los que correspondan):

- Limitación física
- Discapacidad mental
- Pérdida de vista / Ceguera
- Salud mental
- Ninguna
- Otra:

---

---

¿Las condiciones anteriores cambian de un día a otro y afectan su capacidad para usar el autobús de ruta fija?

- Sí
- No
- Algunas veces

---

(Por favor explique)

Si se trata de una incapacidad o condición de salud temporal, ¿cuánto tiempo espera que esta le impida utilizar el autobús urbano?

---

---

## DISPOSITIVOS / EQUIPOS DE MOVILIDAD

¿Utiliza algunos de los dispositivos o equipos de movilidad que se enumeran a continuación? (Marque todos los que correspondan):

- Bastón
- Bastón para invidentes
- Silla de ruedas eléctrica\*
- Patines eléctricos\*
- Muleta patín de 3 ruedas
- Silla de ruedas manual
- Aparato(s) en la(s) pierna(s)
- Prótesis
- Oxígeno portable
- Comunicador
- Animal de servicio (indique las tareas que realiza):

---

---

Otro:

No uso ninguna de estas ayudas de movilidad

\*Posiblemente DART no pueda transportar equipos de movilidad que excedan los parámetros de "silla de ruedas común" de acuerdo con lo establecido en las reglamentaciones de ADA, incluyendo un equipo de movilidad que (1) sea más largo de 48 pulgadas, medido dos pulgadas sobre el suelo, (2) mida más de 30 pulgadas de ancho, o (3) pese más de 600 libras cuando esté ocupado. (49 C.F.R. Sección 37.3 (2001))

¿Algunas veces necesita traer a alguien para que le ayude a utilizar los servicios de autobús de ruta fija o paratransito ("asistente personal" o "atención personal")? (49 C.F.R. Sección 37.3 (2001))

- Sí
- No

¿Hay algo que quiera añadir sobre su discapacidad o condición de salud que pueda ayudarnos a comprender mejor sus capacidades y limitaciones para viajar?

## CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo entiendo que:

- El propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en las que no puedo usar el servicio de autobús de ruta fija de DART y, por lo tanto, puedo necesitar el servicio de paratransito Bus Plus ADA para mis necesidades de transporte público.
- DART tiene el derecho de revisar mi elegibilidad para el servicio de paratransito de ADA en cualquier momento y, cuando las circunstancias lo justifiquen, es posible que en el futuro no sea elegible para recibir servicios de paratransito de ADA.
- Debo notificar a DART si mi condición cambia, si estoy usando un nuevo dispositivo de movilidad o si ya no necesito usar el servicio de paratransito de ADA.
- Proporcionar información falsa puede resultar en la negación del servicio.

Yo certifico que:

- A mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta.
- El profesional identificado en el formulario o carta de verificación médica está autorizado a divulgar toda la información sobre mi(s) discapacidad(es) o condición(es) de salud necesaria para que DART determine mi elegibilidad para el servicio de paratransito Bus Plus ADA.

Nombre:

Fecha:

Firma:

## PERSONA AUTORIZADA A COMPLETAR EL FORMULARIO A NOMBRE DEL APLICANTE

Nombre / Apellido

Teléfono primario

Agencia que refirió (si aplica)

Firma

Relación

Fecha

# Formulario de Verificación Profesional

El solicitante ha pedido elegibilidad para el servicio de paratransito DART Bus Plus, el cual es un servicio de paratransito compartido de puerta a puerta para personas cuyas discapacidades o condiciones de salud les impiden viajar en el sistema de autobús de ruta fija de DART total o parcialmente. La elegibilidad no se basa en el diagnóstico médico, la edad, la inconveniencia o los ingresos. Tenga en cuenta que los autobuses de ruta fija de DART están equipados con características accesibles según la ADA, como autobuses de piso bajo, elevadores/rampas, anuncios de audio, áreas designadas con asientos prioritarios para personas con discapacidades, señalización mejorada, autobuses que se bajan y pasamanos.

Como proveedor de atención médica o administrador de caso del solicitante, usted está especialmente calificado para aclarar las capacidades y limitaciones funcionales del solicitante para viajar en autobús, y la información que proporcione ayudará a DART a determinar la necesidad de su paciente para usar el servicio Bus Plus parcial o totalmente para sus necesidades de transporte. Toda la información en este formulario será estrictamente confidencial y no será divulgada. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el servicio Bus Plus, comuníquese con DART al 515-283-8100.

Nombre del aplicante:

Nombre / Inicial del segundo nombre / Apellido

Fecha de  
Nacimiento:

Mes / Día / Año

¿El solicitante está actualmente bajo su  
cuidado?

Sí

No

Ultima vez que le vio:

¿Tiene el solicitante una discapacidad que le impida subir y bajar del sistema de autobuses de ruta fija de DART y transportarse en él?

Sí

No

Algunas veces

Si la respuesta es sí o algunas veces, explique cómo la discapacidad o condiciones médicas del solicitante le impiden el uso del sistema de autobuses públicos. Si no está seguro, seleccione N/A.

El solicitante tiene la capacidad mental, visual y/o auditiva para:

	Si	No	N/A
¿Preguntar, entender y seguir instrucciones?			
¿Pedir ayuda a las fuentes apropiadas?			
¿Cruzar con seguridad una calle principal?			
¿Reconocer un destino o punto de referencia?			
¿Hacer señales al operador de autobús para bajar en la parada de destino?			
¿Ubicar visualmente escalones y banquetas?			
¿Ver en condiciones de poca luz o de noche?			
Otro / Comentarios:			

---

Cuando el solicitante, utiliza su equipo de movilidad, es capaz de manera independiente de:

	Sí	No	N/A
¿Salir al aire libre dentro de su propiedad?			
¿Recorrer hasta una (1) cuadra de la ciudad?			
¿Recorrer hasta tres (3) cuadras de la ciudad?			
¿Estar de pie con apoyo hasta por 15 minutos?			
¿Estar de pie sin apoyo hasta por 15 minutos?			
¿Subir o bajar colinas?			
¿Subir una rampa o escalones?			
Otro / Comentarios:			

---

¿Existen condiciones climáticas que afecten la capacidad de viajar del solicitante?

	Sí	No	N/A
¿Clima con mucho aire?			
¿Clima caliente?			
¿Clima frío?			
¿Lloviendo o nevando?			
¿Nieve y/o hielo en el suelo?			
Otro / Comentarios:			

¿Cuál es la duración esperada de la(s) discapacidad(es)?

- Permanente (condiciones con pocas expectativas de mejora)
- Temporal (condiciones que duran al menos 90 días, pero es probable que mejoren dentro de un año)
- Fecha de recuperación estimada:

---

¿Hay alguna otra información que debamos saber sobre la discapacidad del solicitante? Por favor incluya cualquier información sobre si la condición es intermitente o si el tratamiento causa efectos secundarios que pudieran afectar la capacidad de viajar.

---

---

---

## INFORMACIÓN PROFESIONAL

Certifico que la información de este formulario de verificación profesional es verdadera y correcta.

---

Nombre / Apellido

---

Profesión

---

Licencia / Certificación (si aplica)

---

Dirección

---

Teléfono principal

---

Firma Fecha

---

Correo electrónico

---