



# VALLEY TRANSIT

## Solicitud de Dial-a-Ride

### Instrucciones e Información Complementaria

---

**Lea todas las instrucciones antes de completar la solicitud, por favor.**

---

#### Lista de verificación de los pasos para solicitar el Dial-a-Ride:

- Lea al manual Dial-a-Ride de Valley Transit
- Lea detenidamente y complete todas las preguntas de las páginas 1-7 de la solicitud
- Complete y firme el formulario de autorización médica
- Haga que su proveedor médico complete la verificación profesional
- Envíe la solicitud original completa, incluida la verificación profesional, en persona o por correo:

**Valley Transit  
1401 W Rose St  
Walla Walla, WA 99362**

---

#### Eligibilidad

Valley Transit proporciona servicios de transporte complementario (Dial-a-Ride) en el área de Walla Walla a aquellos que no pueden usar la ruta fija de forma independiente, debido a una discapacidad o condición relacionada con la salud parte o todo el tiempo. La elegibilidad para este servicio de movilidad se determina de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y NO se basa en:

Edad sola

- Una discapacidad o un diagnóstico en sí
- Falta de servicios de ruta fija en un área en particular
- La distancia entre su origen o destino desde una línea de autobús de ruta fija
- Su afiliación con una agencia en particular o su condición de veterano.
- Incapacidad para conducir
- Finanzas personales

La base para la determinación de elegibilidad es su incapacidad para utilizar la ruta fija regular de Valley Transit y las condiciones más limitantes que presenta su discapacidad y el medio ambiente. La elegibilidad se puede otorgar sobre la siguiente base:

- Incondicional: el pasajero puede usar Dial-a-Ride para todos los viajes
- Condicional: el pasajero puede usar Dial-a-Ride bajo ciertas condiciones para algunos viajes
- Temporal: el pasajero puede tener elegibilidad condicional o incondicional durante un período de tiempo definido porque se espera que las limitaciones cambien

El proceso de evaluación de Valley Transit incluye :

1. Envío de un paquete de solicitud completo
2. Verificación revisada por el personal de Valley Transit, que puede incluir documentación de seguimiento
3. Evaluación opcional en persona por parte del personal de elegibilidad de Valley Transit
4. Evaluación funcional opcional realizada por un profesional de la salud con licencia.

### **Asistentes de Cuidado Personal (PCA)**

Si necesita un PCA en cualquier función de la vida diaria, se recomienda (pero no es obligatorio) que su PCA lo acompañe a cualquier evaluación o valoración. El personal de Valley Transit no puede ayudarlo con sus necesidades de cuidado personal. Su PCA siempre viajará gratis con usted y no está obligado a pasar por ningún proceso de elegibilidad para hacerlo. Si necesita reunirse en persona para una evaluación o valoración funcional, Valley Transit proporcionará transporte para usted y su PCA sin cargo.

### **Aviso de Determinación**

Se le notificará su determinación de elegibilidad por carta (u otro formato accesible a pedido) dentro de los 21 días posteriores a la presentación de su solicitud. Si es elegible, también recibirá un Manual Dial-a-Ride e información sobre cómo utilizar el servicio.

### **Proceso de Apeleaciones**

Los solicitantes que se determine que no son elegibles, o que no estén de acuerdo con las condiciones establecidas para su uso de Dial-a-Ride, pueden solicitar una apelación, por escrito o en otro formato. La apelación debe presentarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la determinación inicial. Se incluirá más información sobre cómo solicitar una apelación con la carta de determinación de elegibilidad y se puede encontrar en la Política de ADA de Valley Transit.

### **Devolución de la Solicitud**

Antes de devolver su solicitud, asegúrese de haber respondido todas las preguntas, de haber firmado la solicitud y la Autorización de divulgación médica, de que su proveedor médico haya completado la Verificación profesional y de que alguien que no sea el solicitante haya completado la solicitud han llenado la sección correspondiente. Para enviar su solicitud, puede traerla en persona o enviarla a través del Servicio Postal de EE. UU. A:

**Valley Transit**  
**1401 West Rose Street**  
**Walla Walla, WA 99362**

### **¿Preguntas?**

Llame a la oficina de despacho de Valley Transit al (509) 527-3779 entre las 8:00 am y las 5:00 pm de lunes a viernes. Los materiales están disponibles en formatos alternativos a pedido. La asistencia para los solicitantes que no hablan inglés también está disponible a pedido.



## **Parte 2: Información Sobre Discapacidad**

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud principal que le impide utilizar el servicio de autobús de Ruta Fija de VT: \_\_\_\_\_
  
2. ¿Cómo le impide esta discapacidad utilizar los servicios de Ruta Fija?:  
\_\_\_\_\_
  
3. Cuáles son las condiciones que describiste: (un círculo)  
**Permanente    Temporal    Condicional    No lo se**
  - a. Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que continúe?:  
\_\_\_\_\_
  
4. ¿Las condiciones que describió cambian de un día a otro y afectan su capacidad para utilizar la Ruta Fija?: (un círculo)  
**Sí            Depende del día    No, no cambia            No lo se**
  - b. En caso affirmative, explíquelo porfavor:  
\_\_\_\_\_
  
5. ¿Tiene alguna otra condición física o cognitiva que limite su capacidad para utilizar la Ruta Fija? (un círculo)            **Sí            No**
  - c. En caso affirmative, explíquelo porfavor:  
\_\_\_\_\_
  
6. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos más frecuentes?: (*círculo todas las wye apliquen*)  
**Caminar    Autobuses    Paratransporte    Taxi    Lyft/Uber    Alguien me lleve**  
**Otro:** \_\_\_\_\_
  - d. Si marcó con un círculo Paratransporte, ¿cuál es el nombre del programa/ proveedor que usa?: \_\_\_\_\_

### **Parte 3: Equipo de Movilidad y Asistentes de Cuidado Personal**

Las respuestas a las preguntas de esta sección se utilizarán para garantizar que se utilice el vehículo adecuado para satisfacer sus necesidades de transporte y que Dial-a-Ride pueda realizar un análisis preciso de sus solicitudes de viaje. Estas preguntas no influyen en su determinación de elegibilidad.

1. Marque con un círculo todas y cada una de las ayudas de movilidad que espera utilizar cuando viaje:

<b>Ninguno</b>	<b>Silla de ruedas eléctrica</b>	<b>Silla de ruedas manual</b>	<b>Caminante</b>
<b>Bastón Blanco</b>	<b>Muletas</b>	<b>Caña</b>	<b>Scooter eléctrico</b>

2. Si usa un scooter/ silla de ruedas, ¿tiene más de 30 pulgadas de ancho y/o más de 48 pulgadas de largo? *(un círculo)*      **Sí**      **No**
3. Si usa un scooter/ silla de ruedas, ¿puede trasladarse a un asiento? *(un círculo)*      **Sí**      **No**
4. ¿Necesitará viajar con un PCA? *(un círculo)*      **Sí**      **No**
5. ¿Con qué frecuencia anticipa que necesitará un PCA? \_\_\_\_\_
6. ¿Necesita alguien encontrarse con usted siempre que llegue a un destino?  
*(un círculo)*      **Sí**      **No**

## Parte 4: Habilidades Funcionales

---

1. Para el siguiente conjunto de preguntas, indique si puede realizar las siguientes funciones de forma independiente marcando "Sí", "No" o "Algunas Veces." Por favor explique todas las respuestas "No" o "Algunas Veces" en el espacio provisto después de las preguntas Eres capaz de:

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Algunas Veces</b>
a. ¿Entiende las direcciones lo suficientemente bien como para completar un viaje de Ruta Fija?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Identifica las paradas correctas de la Ruta Fija para su viaje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Identificar el autobús correcto para abordar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Sigue instrucciones escritas u orales sobre cómo usar el autobús?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Ir y Volver de la parada de ruta fija más cercana a su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿esperar 15 minutos en una parada de transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿esperar más de 15 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿esperar si hay un asiento o una parada de autobús?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿subir y bajar tres escalones de 12" para subir y bajar de un autobús?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿subir o bajar de un autobús si tiene ascensor o rampa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿agarrar manijas o barandas al subir o bajar de un vehículo de tránsito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿mantiene el equilibrio y tolera el movimiento de un vehículo de tránsito mientras está sentado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique aquí todas las respuestas "NO" o "ALGUNAS VECES":

---

---

---

---

---

## Parte 4: Habilidades Funcionales (continuada)

---

2. Marque con un círculo todos y cada uno de los escenarios que su discapacidad requeriría que evite para poder viajar:

**Evitar pendientes**

**Evitar superficies irregulares**

**Evitar las horas de oscuridad**

**Evitar colinas empinadas**

**Otro** \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántas cuandras de la ciudad puede caminar o viajar con una ayuda de movilidad sin la ayuda de otra persona? (una cuandra = 900 pies) \_\_\_\_\_

4. ¿Ha recibido alguna vez alguna capacitación o instrucción (capacitación para viajar) para aprender a usar el transporte público? *(un círculo)*                      **Sí**                      **No**

a. Si la respuesta es no, ¿le gustaría recibir capacitación o instrucción (capacitación en viajes) para aprender a usar el transporte público? *(un círculo)*                      **Sí**                      **No**

## **Parte 5: Formulario de Autorización de Divulgación Médica**

Para permitir que Valley Transit evalúe su solicitud, es posible que sea necesario comunicarse con un médico u otro profesional para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete la siguiente información y formulario de autorización. **Recuerde pedirle a su profesional médico que también complete el formulario de verificación profesional.**

Identifique al profesional que mejor pueda verificar su capacidad funcional para utilizar los servicios de tránsito. Por ejemplo, si usa un dispositivo de movilidad y no puede llegar físicamente a una parada de autobús o en un autobús, identifique, si es posible, un consejero de rehabilitación, un consejero de vida independiente, un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta u otro profesional con conocimientos de sus capacidades funcionales. O, si tiene una afección cardíaca, pulmonar, discapacidad visual o sensibilidad a la temperatura que evitaría el uso de la ruta fija, identifique a un médico o profesional de la salud con la especialidad adecuada para brindar información sobre su afección. O, si tiene una discapacidad cognitiva o del desarrollo que le impediría el uso de la ruta fija, identifique, si es posible, un consejero de vida independiente o un profesional de servicios sociales que esté familiarizado con sus capacidades.

Seleccione qué profesional está familiarizado con su discapacidad y estará autorizado a proporcionar a Valley Transit la información necesaria para procesar su solicitud: *(un círculo)*

**Terapeuta Ocupacional**

**Fisioterapeuta**

**Profesional de Servicios Sociales**

**Médico**

**Profesional Sanitario**

**Consejero de Vida Independiente**

**Consejero de Rehabilitación**

**Otro: \_\_\_\_\_**

El nombre y la información de contacto del profesional que autorizo a hablar con Valley Transit:

Nombre y Título: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Tu Nombre *(imprimir)*: \_\_\_\_\_

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

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

## **Parte 6: Firma y Certificación de Información**

---

Por la presente certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.

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

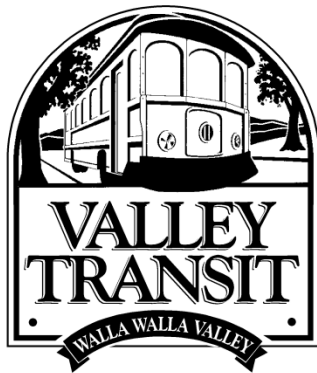
*Complete a continuación si esta solicitud fue completada por otra persona que no sea el solicitante:*

Relación con solicitante: \_\_\_\_\_

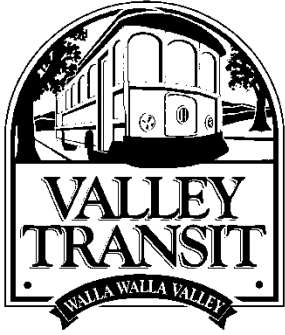
Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Organización/ Agencia: \_\_\_\_\_

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



1401 W ROSE ST  
WALLA WALLA, WA 99362  
(509) 525 - 9140



# VALLEY TRANSIT

## Solicitud de Verificación Profesional

Esta solicitud de verificación profesional ha sido presentada por \_\_\_\_\_  
Nombre de la Dial-a-Ride Solicitante  
 quien ha indicado que puede proporcionar información sobre su discapacidad y su impacto en su capacidad para utilizar nuestros servicios de tránsito. La ley federal requiere que Valley Transit brinde servicios de paratránsito a personas que no pueden utilizar los servicios de Ruta Fija disponibles. La información adecuada de esta solicitud y su aplicación a solicitudes de viaje específicas. Responda todas las preguntas. Gracias por su cooperación en este asunto.

**1. Capacidad en la que conoce al solicitante:**

\_\_\_\_\_

**2. Diagnóstico medico de una afección que causa discapacidad:**

\_\_\_\_\_

**3. ¿Es la condición temporal? (un círculo)      Sí                      No**

a. Si es así, duración esperada: \_\_\_\_\_

**4. Si la persona tiene una discapacidad que afecte a la movilidad:**

a. ¿Qué tan lejos puede viajar el individuo sin la ayuda de otro? \_\_\_\_\_ vara  
 (para referencia: ¼ de milla = 440 vara; ½ de milla = 880 vara; ¾ de milla = 1320 vara)

b. ¿La discapacidad de la persona le impide viajar esta distancia cuando hay?:  
 (encierre en un círculo todas las que apliquen)

Hielo      Nieve      Terreno empinado                      Otro \_\_\_\_\_

c. ¿Puede el individuo subir y bajar tres escalones de 12" sin ayuda?  
 (encierre en un círculo todas las que apliquen)

Sí              No                      Algunas Veces

d. ¿Cuánto tiempo puede esperar el individuo afuera sin apoyo? \_\_\_\_\_ minutos

5. ¿Esta persona tiene intolerancia a los extremos de calor y/o frío que crea un peligro si esta persona debe esperar afuera? (un círculo)                      Sí                      No

a. En caso afirmativo, describa la naturaleza de la intolerancia térmica y la causa de esta discapacidad:

---

---

6. ¿Utiliza la persona ayudas para la movilidad? (un círculo)                      Sí                      No

a. Encaso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

7. Si la persona tiene una discapacidad conitiva, ¿es capaz de: (encierre en un círculo Sí o No para cada)

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a. Dar direcciones y números de teléfono a pedido?                                     | Sí | No |
| b. Reconoces un destino o un punto de referencia?                                      | Sí | No |
| c. Lidiar con una situación inesperada o un cambio inesperado en la rutina?            | Sí | No |
| d. Poder entender y seguir instrucciones?  | Sí | No |
| e. Viaja de forma Segura y eficaz a través de instalaciones abarrotadas y/o complejas? | Sí | No |

8. ¿La discapacidad impide el uso del cinturón de seguridad del pasajero? (un círculo)                      Sí                      No

a. Si respondió que sí, se requiere su firma: \_\_\_\_\_

9. ¿Existe algún otro efecto de la discapacidad que Valley Transit deba conocer?

---

---

---

**Información de verificación profesional que proporciona**

---

Nombre: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección del la oficina: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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