

## **EL SISTEMA DE TRÁNSITO DE METRO PLANILLA DE SOLICITUD DE SERVICIO DE PARATRÁNSITO**

La Ley estadounidense para personas incapacitadas (ADA en inglés) de 1990 requiere que las agencias públicas presten servicio a las personas incapacitadas que debido a sus limitaciones no pueden acceder al transporte público. El servicio de paratransito sirve a la misma área y las mismas horas que el sistema de autobús de la ciudad.

Brevemente, y relacionado con el transporte, la ADA identifica limitaciones en **3 categorías:**

1. Todo individuo con una limitación que no le permita viajar en un autobús accesible independiente debido a una limitación mental incluyendo las limitaciones del desarrollo.
2. Todo individuo que sólo puede viajar en un autobús que tenga un ascensor o una rampa.
3. Todo individuo con una limitación que no pueda viajar hacia o desde una parada de autobús.

El lenguaje especial usado por la ADA se incluye al final de esta solicitud bajo **“Categorías de ADA, Normas de Elegibilidad, y Reciprocidad.”**

- Si tiene una limitación que le impida usar el autobús, por favor, complete esta solicitud.
- También, describa las condiciones que hacen días mejores o peores para usar el autobús.
- El personal de transporte de Metro revisará esta solicitud para determinar la elegibilidad para el servicio.
- El personal puede consultar a los profesionales apropiados en cuanto a su elegibilidad en cualquier etapa del proceso de determinación si se cree necesario.
- Si no llena la solicitud por completo, Metro se la devolverá sin procesarla.
- Metro decidirá en cuanto a la elegibilidad dentro de 21 días después de recibir el comprobante de una solicitud **completada**.
- Aún si se entrega una solicitud, no hay garantía absoluta de elegibilidad.
- Metro hará las determinaciones de elegibilidad por escrito, y le informará si es aceptado o no para la elegibilidad, en caso de que sea negado le darán la(s) razón(es) para ello.
- En caso de que Metro otorgue la elegibilidad condicional o la niegue, se incluirá una descripción completa del proceso de apelación con la decisión escrita.

**Si no califica según los criterios que se dan aquí**, por favor, contacte con el Centro de Servicio al Usuario de Metro al 266-4466 (TDD 267-1143) para información sobre el sistema de autobús. Si Ud. quisiera una copia del criterio de elegibilidad según se define en el Registro Federal, por favor, contacte con el Servicio al Usuario de Metro al 266-4466 (267-1143).

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

**Información del Aspirante** \_\_\_\_\_


Título: Señor Señorita Señora

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

Dirección actual \_\_\_\_\_ número de apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Nombre de la Residencia (si es apropiado): \_\_\_\_\_

Números de teléfonos Casa: \_\_\_\_\_ Celular/Trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]M [ ]F

Primer idioma: [ ] Inglés [ ] Español [ ] Señal [ ] Otro: \_\_\_\_\_

Formatos accesibles: [ ] Letras Normales [ ] Letras Grandes [ ] Braille [ ] Audibles

Programas con los que ha estado afiliado en el pasado: [ ] Ninguno [ ] Estudiante de UW

[ ] Hospital de UW [ ] Colegio Edgewood [ ] Facultad/personal de UW

**Correo Postal:** el lugar a donde se debe enviar cualquier información/notificación con respecto al servicio de paratransito de Metro:

[ ] La misma dirección que la del aspirante, o

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Nombre de contacto (si aplica): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia,** por favor, anote los nombres de dos personas, las cuales pueden ser profesionales de apoyo, agencias, u otras personas que conozcan su incapacidad física y con quienes Metro pueda contactar:

Nombre: \_\_\_\_\_ Trabajo# \_\_\_\_\_ Casa# \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Relación \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Trabajo# \_\_\_\_\_ Casa# \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Relación \_\_\_\_\_

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

**Sobre Su Incapacidad:**

1. ¿Cuál es la incapacidad que le **impide** usar el autobús? \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

¿Cuál es la magnitud de su incapacidad actual? \_\_\_\_\_

---



---



---

2. Explique **cómo** su incapacidad le impide ser independiente para usar el autobús: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

3. ¿ Son las condiciones que Ud. describe permanentes [ ], varían de día en día [ ], o son temporales [ ]? Si son temporales, ¿cuánto tiempo cree que van a continuar? \_\_\_\_\_

4. Información adicional

- a. Tiene Ud. sensibilidad al frío que haya sido determinada médicamente? [ ] No [ ] Sí [ ] a veces. ¿Sobre o bajo cuáles temperaturas? \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

---

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

Se debe incluir documentos médicos actuales.

- b. ¿Tiene Ud sensibilidad al calor que haya sido definida médicamente?  No  Sí  
 ¿Sobre o debajo de cuáles temperaturas? \_\_\_\_\_  
 Explique: \_\_\_\_\_

Se debe incluir documentos médicos actuales.

- c. ¿Se ve afectada su respiración por el tiempo o condiciones ambientales?  No  
 Sí  A veces  
**Si contesta que sí, explique:** \_\_\_\_\_

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

5. ¿Cambia la magnitud de su incapacidad después de tratamiento médico?  No  Sí  
 A veces **Si escoge Sí o A veces, explique por qué:**

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

6. ¿Hay otros comentarios o situaciones que se relacionen con su limitación y que Ud. quiere que Metro sepa? \_\_\_\_\_

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

**Subir y bajar del autobús:**

1. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos más frecuentes? (Marque todos los que apliquen)  
 Autobuses públicos  Alguien me lleva  Yo mismo manejo  Taxi  
 Paratránsito  Autobús escolar  Otro: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha viajado antes en autobús en Madison?  Sí  No

3. ¿Cuándo fue la última vez que Ud. viajó en autobús en Madison? \_\_\_\_\_  
 ¿Antes o después de que estuviera incapacitado?  Antes  Después

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

4. ¿Puede subir y bajar del autobús sin ayuda?  Sí  No  A veces

**Si contesta que No o que A veces, explique:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---

5. ¿Puede subir y bajar escalones independientemente?  Sí  No  A veces

**Si contesta que sí, o a veces, ¿cuántos escalones consecutivos?** \_\_\_\_\_ escalones

6. ¿Puede Ud. agarrar las asas, pasamanos, monedas, o boletos cuando sube o baja del autobus?

Sí  No  A veces **Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

---

7. ¿Puede Ud. subir y bajar del autobús si tiene un ascensor, una subida, o si se baja el frente del autobús?  Sí  No sé, nunca lo intenté  No  A veces

**Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

---

8. ¿Puede Ud. mostrar un pase mensual al subir el autobús?  Sí  No  A veces

**Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

---

9. ¿Puede Ud. mantener el equilibrio y soportar el movimiento del vehículo de transporte público sin un cinturón?  Sí  No  A veces **Si contesta que No o A veces, explique:**

---



---

10. Si Ud. usa una silla de ruedas, ¿puede pasarse al asiento de un taxi?

Sí  No  A veces  No aplica

**Usando el Sistema de Transporte:**

1. ¿Ha recibido entrenamiento para usar el sistema de autobús?  Sí  No

Si contesta que sí o está en el proceso de recibir, ¿de cuál agencia recibió el entrenamiento?

---

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

2. Si ha completado el entrenamiento y puede usar ciertos autobuses, por favor, nómbralos en los siguientes espacios:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

3. ¿Necesita la ayuda de otra persona para viajar? ¿Cómo le ayuda?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Para que su ayudante viaje con Ud. sin costo alguno, Ud. debe informar al personal de la oficina que le acompañará un ayudante cuando haga su petición de viaje).

4. ¿Cómo usa Ud. la información del horario de transporte?  
 Teléfono    TTY    La red (Internet)    Guía de Viaje    No puede

**Si Ud. No Puede, explique:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Puede Ud. comprender indicaciones habladas o escritas en inglés que se necesitan para completar un viaje?

Sí    No    A veces   **Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. ¿Puede Ud. comprender las palabras habladas o la información audible en inglés?

Sí    No    A veces   **Si contesta que a veces, ¿cuándo o bajo qué circunstancias?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Puede Ud. comunicarse con palabras habladas o con aparatos de audio en inglés?

Sí    No    A veces   **Si contesta que a veces, ¿cuándo o en qué circunstancias?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. ¿Puede Ud. dar direcciones, números telefónicos, o nombres que le pidan?

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

Sí  No  A veces **Si contesta que a veces, ¿cuándo o en qué circunstancias?**

---



---



---

9. ¿Puede Ud. ver de noche?  Sí  No  A veces  
**Si contesta que a veces, ¿cuándo o en qué circunstancias?**

---



---



---

10. ¿Puede Ud. reconocer su ubicación cuando viaja en territorios nuevos?  
 Sí  No  A veces **Si contesta que a veces, ¿cuándo o en qué circunstancias?**

---



---



---

11. ¿Puede Ud. identificar la parada correcta del transporte público?  
 Sí  No  A veces **Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

---



---



---

12. ¿Puede Ud. identificar el vehículo correcto de transporte público?  
 Sí  No  A veces **Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

---



---



---

13. ¿Puede Ud. tratar con situaciones inesperadas o cambios de rutina? (Por ejemplo: desvíos de autobuses)  Sí  No  A veces **Si contesta que a veces, ¿cuándo o en qué condiciones?**

---



---



---

14. ¿Alguna vez se ha perdido cuando viajaba a solas?  
 Sí  No, nunca he viajado a solas  No, nunca me he perdido

15. Si se ha perdido, ¿pudo encontrar el camino de nuevo?  
 Sí  Sí, con ayuda  No  
**Si no pudo encontrar el camino de nuevo, ¿qué hizo?** \_\_\_\_\_

---



---



---

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

16. ¿Puede Ud comprender y seguir indicaciones?  Sí  No  A veces

**Si contesta que a veces**, ¿cuándo o bajo qué condiciones? \_\_\_\_\_

17. ¿Puede pedir direcciones?  Sí  No  A veces

**Si contesta que a veces**, ¿cuándo o en qué condiciones? \_\_\_\_\_

Ir a y Regresar de la Parada de Autobús:

1. ¿Puede Ud. viajar 1/4 de milla usando su aparato de movilidad sin la ayuda de otra persona?

Sí  No  A veces **Si contesta que No o que A veces, explique:** \_\_\_\_\_

2. Cuando usa un aparato de movilidad o cuando no lo usa, ¿qué distancia puede viajar sin la ayuda de otra persona?

Menos de 100 pies

1/2 milla ( 6 cuadras)

Sólo 1 cuadra

3/4 de milla (9 cuadras)

1/4 de milla (3 cuadras)

más de 3/4 de milla (9 cuadras)

3. ¿Puede Ud. cruzar las calles que tienen señales de tráfico en los cruces con mucho tránsito?

Sí  No  A veces **Si contesta que A veces**, ¿cuándo o en qué condiciones?

4. ¿Puede Ud. cruzar las calles que tienen semáforos?

Sí  No  A veces **Si contesta que A veces**, ¿cuándo o en qué condiciones?

5. ¿Puede Ud. cruzar las calles que no tienen semáforos?

Sí  No  A veces **Si contesta que A veces**, ¿cuándo o en qué condiciones?

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

6. Puede Ud. detectar contenes y otros puntos de bajadas?  Sí  No  A veces

**Si contesta que A veces, ¿cuándo o en qué condiciones?** \_\_\_\_\_

7. ¿El tiempo le afecta la visión?  No  Sí  A veces

Si contesta que sí, ¿qué tipos de tiempo y cómo? \_\_\_\_\_

8. ¿Puede Ud. viajar en superficies llanas cuando hace buen tiempo?  Sí  No  A veces

**Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

9. ¿Puede Ud. viajar en pequeñas pendientes cuando hace buen tiempo?  Sí  No  A veces

**Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

10. ¿Puede Ud. viajar en pendientes muy altas cuando hace buen tiempo?  Sí  No  A veces

**Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

11. ¿Puede Ud. ir a la parada de autobús de transporte público más cercana y regresar ?

**(Llame al 266-4466 para información en cuanto a la parada de autobús)**

Sí  No  A veces **Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

12. ¿Cuánto tiempo puede Ud. esperar por un autobús? \_\_\_\_\_ minutos.

13. ¿Puede Ud. esperar 15 minutos en una parada de autobús con su aparato de movilidad?

Sí  No  A veces **Si contesta que No o A veces, explique:** \_\_\_\_\_

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

14. ¿Puede Ud. esperar más de 15 minutos?  Sí  No  A veces  
**Si puede esperar más de 15 minutos, ¿cuántos? \_\_\_\_\_ minutos**

15. ¿Podiera esperar si hubiera un asiento o refugio de autobús?  
 Sí  No  A veces **Si contesta que No o A veces, explique: \_\_\_\_\_**

16. ¿Cuán lejos o qué distancia puede Ud. viajar independientemente? \_\_\_\_\_

**Servicio a Domicillo**

1. Usa Ud. una silla de ruedas o motoneta\*:  Sí  No  
 ¿Cuán ancha es? \_\_\_\_\_ pulgadas ¿Cuán larga es? \_\_\_\_\_ pulgadas  
 ¿Cuán pesa cuando está ocupada? \_\_\_\_\_ libras

\*Esta información no se usa para determinar la elegibilidad para el servicio de paratransito. Es responsabilidad del aspirante saber las dimensiones de su aparato de movilidad y si excede las dimensiones de una silla de ruedas normal.

La Ley estadounidense para personas incapacitadas (ADA) de 1990 define una silla de ruedas normal con medidas de **no más de 30 pulgadas de ancho, 48 pulgadas de largo, y 600 libras** de peso cuando está ocupada.

**Si su aparato de movilidad excede estas dimensiones, la ADA no garantiza el servicio de paratransito.**

2. Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿los usará en el servicio de paratransito?  
 Sí  No  A veces **Si contesta que no o A veces, explique: \_\_\_\_\_**

3. ¿Usa alguno(s) de los siguientes aparatos de movilidad o equipos especializados cuando viaja?

Marque todos los que aplican.

Bastón  Animal de servicio  Tabla de comunicación



**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

9. A fin de que Metro pueda averiguar la información que Ud. provee, por favor, anote los nombres de dos profesionales, los cuales pueden incluir médicos, agencias u otros que conozcan su incapacidad, si se necesita verificar esta información:

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

10.  Sí: Me interesa saber más acerca del programa de Educación del Consumidor.

11. Necesitó ayuda para llenar esta planilla?  Sí  No

**Si contesta que sí, ¿cómo le ayudó la persona?** \_\_\_\_\_

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

**Entrega de Información**

Yo, el aspirante, comprendo que el propósito de esta planilla de solicitud es para determinar mi elegibilidad para usar el servicio de paratransito de Metro. Estoy de acuerdo en entregar la información que se necesita en Metro y a cualquier junta que la revise, y comprendo que la información que hay aquí será tratada con seguridad. Además, comprendo que Metro se reserva el derecho de pedir más información si es necesario.

Firma del aspirante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del aspirante \_\_\_\_\_

Nombre del preparador \_\_\_\_\_

Si el preparador representa a una agencia, por favor escriba el nombre de la agencia aquí:

\_\_\_\_\_ # de Teléfono \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o del guardian legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o guardian legal \_\_\_\_\_

**Por Favor, Escriba a Máquina o Escriba Claramente. Se Devolverán Solicitudes Incompletas.**

Yo \_\_\_\_\_ (Escriba su nombre) lleno esta solicitud y soy responsable por su veracidad y certeza.

Gracias por llenar esta planilla.

**Por favor, envíela a:  
Madison Metro Paratransit, 1101 East Washington Avenue, Madison, WI 53703**

Sólo para el uso de Metro \_\_\_\_\_  
# de cédula del cliente \_\_\_\_\_ Fecha en que se debe decidir \_\_\_\_\_  
Fecha en que se recibió la solicitud \_\_\_\_\_ [ ] Aprobada [ ] Negada Fecha: \_\_\_\_\_

Categoría de elegibilidad [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] Sólo los inviernos [ ] 2/3 – Invierno/Verano \_\_\_\_\_

[ ] Elegibilidad condicional: \_\_\_\_\_

[ ] Vencimiento de la temporalidad: \_\_\_\_\_ Aprobado por: \_\_\_\_\_

Comentarios Generales: \_\_\_\_\_

Condiciones Extenuantes: \_\_\_\_\_

Enviado para asesoramiento funcional: \_\_\_\_\_

Regresado: \_\_\_\_\_

Recomendación: \_\_\_\_\_

**Status:** [ ] Nuevo [ ] Reclasificación [ ] Recertificación [ ] Extensión [ ] Evaluación

## **Categorías de ADA, normas de Elegibilidad, y Reciprocidad**

Por favor, revise esta planilla de solicitud con cuidado. Lea la descripción de las diversas limitaciones en que se basa en la Ley estadounidense para personas incapacitadas de 1990.

Bajo la ADA, se describen las limitaciones como las siguientes:

### **1. La incapacidad mental y las limitaciones del desarrollo**

- a. Se atribuye a una incapacidad mental o física o a ambas;
- b. Es más probable que continúe indefinidamente;
- c. Los resultados de limitaciones de función que son sustanciales en cualquiera de las áreas de actividades mayores de la vida: auto-direcciones, el aprendizaje, la movilidad, la autosuficiencia económica, el autocuidado, la capacidad para la vida independiente y el lenguaje receptivo y expresivo;
- d. Las causas de la disminución sustancial del nivel de funcionamiento en los aspectos primarios del vivir diario y la incapacidad de responder a las demandas ordinarias de la vida, la incapacidad en la audición, la limitación cognocitiva, la limitación del lenguaje, la limitación de la memoria, el desorden de la conducta; o el desorden de movimiento.

### **2. La Limitación Física**

- a. Las personas que tienen una condición física que resultó de una lesión, enfermedad, o deficiencia congénita que estorbe significativamente las actividades o limite una o más de las actividades mayores de la vida y afecte a uno o más de los siguientes sistemas del cuerpo; anatómico, músculoesquelético, neurológico, respiratorio incluyendo los órganos del habla, cardiovascular, reproductivo, digestivo, genito-urinario, hémico y linfático, la piel o las glándulas endocrinas.
- b. El término “incapacidad física” incluye, pero no se limita a enfermedades contagiosas o no contagiosas y a condiciones tales como las incapacitaciones ortopédicas, visuales, del habla, y de la audición; el ataque cerebral, la epilepsia, la distrofia muscular, la multiesclerosis, el cáncer, las enfermedades del corazón, la diabetes, el retraso mental, enfermedades emocionales, incapacidades específicas de aprendizaje, el SIDA y la tuberculosis.

### **3. Las Actividades Mayores de la Vida**

- a. Las actividades relacionadas con la realización del cuidado personal y la participación

**Guarde esta página en su archivo**

en pasatiempos o actividades y juegos. El cuidado personal incluye el aseo personal, la movilidad, la capacidad de sostener objetos, y el movimiento.

- b. Las actividades relacionadas con la habilidad de caminar, ver, oír, respirar o comunicarse.
- c. Las actividades relacionadas con el andar en su propia comunidad para los propósitos que incluyen el acceso a y la participación en las actividades vocacionales, educacionales, recreacionales, y las actividades sociales con otros miembros de la comunidad.

### **Las Normas de la Elegibilidad son las siguientes:**

1. Todo individuo que tenga una limitación (como se define arriba), que no pueda abordar, viajar o bajar de cualquier vehículo accesible en un sistema de una ruta fija sin la ayuda de otro individuo (excluyendo al operador del elevador de la silla de ruedas u otro aparato de ayuda para abordar el autobús).

2. Todo individuo que tenga una incapacidad que necesite la ayuda de un elevador, de una silla de ruedas u otro aparato para abordar el autobús y que con la ayuda del operador pueda abordar, viajar, y bajar de cualquier vehículo que esté disponible, accesible, y preparado para que los individuos que tengan limitaciones puedan usarlo si los individuos quieren viajar en una ruta en el sistema durante las horas de operación en un tiempo, o dentro de un período razonable de tal tiempo, cuando un vehículo accesible no está siendo usado para brindar el servicio público designado para cubrir esa ruta.

Esta categoría cubre el hecho de que el sistema de ruta fija no fuera siempre accesible a las

personas con incapacidades. El estatus temporario de ADA fue dado a rutas que no son accesibles. Ya que las rutas de sistema fijo son accesibles, se espera que cualquier persona que califique según este párrafo use el sistema.

3. Todo individuo que tenga una condición específica relacionada con una incapacidad que impida que dicho individuo vaya o regrese de una parada de autobús de ruta fija. Una condición que haga que el viaje hacia o desde una parada de autobús sea más difícil para una persona con una condición específica de limitación que para un individuo que no tenga tales condiciones, **pero que no impida el viaje, no es base para la elegibilidad bajo este párrafo.**

- a. La condición específica relacionada con la limitación debe impedir a la persona de usar el sistema fijo de autobús. Las condiciones que hacen que el ir y regresar de la parada de autobús sean más difíciles o menos cómodas no dan elegibilidad.
- b. Las barreras arquitectónicas que no estén bajo el control del proveedor de

**Guarde esta página en su archivo**

transporte para remover, por ejemplo, las rampas inclinadas en las aceras, y las barreras arquitectónicas, por ejemplo la consideración de la distancia y el tiempo no confieren elegibilidad. Sin embargo, si el viajar hacia o desde la parada del autobús es imposible cuando se combina con la condición específica relacionada con la limitación, se debe proveer servicio de paratransito.

### **La reciprocidad con otros sistemas**

Una entidad pública debe hacer disponible el servicio a visitantes que califiquen para cualquier combinación de días durante un período de 365 días que comience con el primer uso del servicio por la persona durante el período de 365 días.

La agencia matriz debe proveer hasta 21 días de servicio de paratransito. Se considera a los individuos como usuarios foráneos sólo si viven fuera de la jurisdicción del proveedor de transporte. La jurisdicción significa el área entera dentro de la cual el proveedor está autorizado para operar. Los usuarios foráneos de las comunidades fuera de la jurisdicción de la agencia de transporte deben ser servidos aún si la comunidad en la cual viven no contribuye financieramente al sistema de tránsito. Los usuarios foráneos que requieran más de 21 días de servicio dentro del período de tiempo establecido pueden ser requeridos a solicitar la elegibilidad local. Finalmente, el nivel de servicio que se provea a huéspedes debe ser el mismo que el que se provea a los individuos locales de ADA que califican para el servicio de paratransito que viajarían en la misma área.