

Estimada solicitante,

Nos gustaría agradecerle por tomarse el tiempo para completar la aplicacion de Able Ride. Al completar esta aplicacion, revise la lista de verificación y la aplicacion antes de enviarla por correo para su procesamiento. Al seguir estas instrucciones a lo largo del formulario, minimizará la devolución de su aplicacion debido a la falta de información. Utilice la lista de verificación a continuación para confirmar que sus entradas estén completas y sean correctas en la aplicacion.

Lea atentamente las **18** páginas de la aplicacion y responda **todas** las preguntas con letra de imprenta lo más clara posible o marcando las casillas necesarias. **Utilice la siguiente lista de verificación como guía después de completar la aplicacion.**

- ☐ 1. ¿Ha leído y completado la Parte de la página A? **5 & 6 of 18?**
- ☐ 2. ¿Ha incluido una foto de pasaporte a color? **pg. 7 of 18** (Fondo blanco sólido, sin sombreros, sin anteojos)
- ☐ 3. ¿Ha leído y completado correctamente las páginas **8 of 18 to 14 of 18?**
- ☐ 4. ¿Ha respondido todas las preguntas, firmado con su nombre y agregado la fecha en las páginas **14 of 18?**
- ☐ 5. Era la **Parte B: Páginas de Verificación Profesional Licenciada 16,17 & 18 of 18** completado y firmado por un licenciado Profesional?

Cuando la aplicacion esté correcta y completa, envíe por correo la aplicacion **original (sin copias)** a:

NICE Able-Ride
947 Stewart Ave.
Garden City, NY 11530

Nassau Inter-County Express (NICE)

Aplicacione de Servicio de Paratránsito Complementario Able-Ride

Querido solicitante:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) es un proyecto de ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. La intención de ADA es garantizar que las personas con discapacidades que no pueden usar el autobús de ruta fija tengan igual acceso al transporte público. El transporte especializado que ofrece Able-Ride es un servicio de viaje compartido de puerta a puerta para personas elegibles que no pueden acceder, abordar o viajar en el servicio regular de autobús de ruta fija. Able-Ride **NO** es un servicio de transporte médico o ambulatorio.

NICE es requerido por la ADA para determinar la elegibilidad para el servicio Able-Ride. Las categorías de elegibilidad para **el servicio Able-Ride del condado de Nassau son las siguientes:**

- **Personas que no pueden abordar, viajar o bajarse de un autobús de ruta fija, independientemente de su capacidad para llegar a una parada de autobús.**
- **Personas con impedimentos específicos que no pueden viajar a una parada de autobús para abordar el autobús de ruta fija, o viajar a su destino final después de desembarcar del autobús de ruta fija.**

Si cree que su discapacidad puede encajar en una de las categorías descritas anteriormente, debe solicitar la certificación completando el formulario de "Solicitud de paratránsito" adjunto. Además, un profesional con licencia de Nueva York (es decir, médico, terapeuta físico/ocupacional o trabajador social) que est  familiarizado con su capacidad funcional debe verificar su solicitud.

Recuerde que su edad, discapacidades o distancia de una parada de autobús no lo hacen automáticamente elegible para el servicio de paratránsito.

Además de completar esta aplicación, debe enviar una (1) foto reciente de la cabeza en color (que mida 2 pulgadas de largo x 2 pulgadas de ancho y que se haya tomado en el último año). Pegue la foto en el recuadro de la página 5 de esta solicitud. La foto debe tener un fondo blanco sólido y mostrar una vista frontal completa de su cara. Su aplicación no se considerará completa a menos que se incluya la foto.

Su aplicación se considerará completa una vez que se hayan respondido todas las preguntas, se haya adjuntado una fotografía, el solicitante haya otorgado el permiso de divulgación y el profesional con licencia/certificado y haya completado la Parte B.

Devuelva esta aplicación al Departamento de Certificación de NICE Able-Ride. Able Ride proporcionará una decisión sobre su elegibilidad dentro de los **21 días, una vez que el departamento reciba la aplicación completa.**

A discreción de Able-Ride, se puede llamar a los clientes para una entrevista.

Si no se completa correctamente el formulario, se retrasará la determinación de elegibilidad. (Después de que se toman las determinaciones, los clientes calificados pueden recibir un estado de elegibilidad hasta un máximo de 5 años). Cada cliente recibirá una identificación que tendrá la fecha de vencimiento indicada en la tarjeta.

NICE Servicio de Paratránsito Aplicacione

ÁREAS DE SERVICIO

Nassau Inter-County Express es un servicio de paratránsito de puerta a puerta para el condado de Nassau que presta servicio aproximadamente a dos millas en la frontera entre los condados de Nassau y Suffolk.

Able Ride **NO** brinda servicio complementario de paratránsito en las siguientes áreas: Syosset, Bayville, Oyster Bay, Lido Beach, Point Lookout, Locust Valley y Sands Point.

Able Ride brinda servicio **PARCIAL** en las siguientes áreas: Valley Stream, Woodmere, Old Bethpage, Hicksville, Long Beach, Glen Cove, Plainview y Lawrence.

Según las pautas federales de la ADA, se considera que las áreas de servicio cumplen cuando los lugares de recogida y entrega se encuentran dentro de un radio de **3/4 de milla** de una ruta fija operativa de N.I.C.E. Los tiempos de servicio est n de acuerdo con el horario de autobús de ruta fija operativo más cercano al origen o destino del cliente.

Si su ubicación de recogida (es decir, la dirección de su casa) no es una ubicación reparable, aún puede utilizar el servicio de paratránsito utilizando cualquier dirección que cumpla con la regla de servicio de **3/4 de milla** de radio requerida por la ADA. Sin embargo, el solicitante debe llegar al lugar de recogida útil por sus propios medios.

Si está interesado en viajar fuera de las fronteras del condado de Nassau, llame al 516-228-4000 para obtener más información o visite **www.nicebus.com** (menú desplegable Able Ride y luego haga clic en Able Ride nuevamente)

NICE Servicio de Paratransito Aplicacione

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, comuníquese con el Departamento de Certificación de NICE Able-Ride al (516) 228-4000. Envíe su solicitud por correo a:

**NICE Able-Ride
947 Stewart Ave.
Garden City, NY 11530**

PART A INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (EN IMPRENTA)

Todos los autobuses regulares de ruta fija de Nassau Inter-County Express (NICE) tienen rampas y reclinatorios para dispositivos de movilidad (escalones que bajan hasta el nivel de la acera) para facilitar el abordaje y todos hacen anuncios automáticos de paradas y ubicaciones clave.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA lo más prolija y claramente posible.

Fecha _____

Correo electrónico del solicitante: _____

Por favor marque uno:

Primera aplicación _____ *Recertificación* _____

(Si se marcó recertificación) Número de identificación de certificación anterior _____

Apellido _____ Nombre _____

MI _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____

Número de teléfono de casa () _____ - _____

Número Celular () _____ - _____

Fecha de nacimiento _____

Masculino _____ Femenina _____

Dirección postal alternativa:

Nombre del contacto de emergencia:

Número de teléfono de contacto de emergencia () _____ - _____

Relación con el solicitante _____

Dirección de correo electrónico para la correspondencia:

Paradas de autobús más cercanas a tu residencia

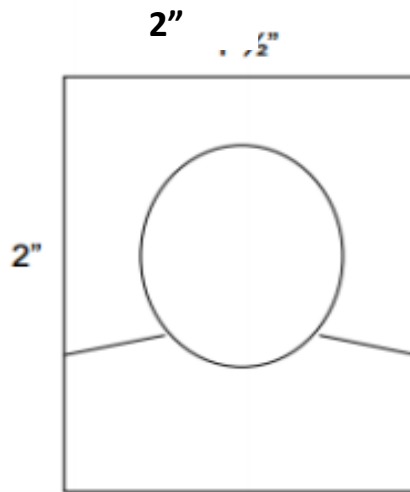
(Si no está seguro, llame al (516) 228-4000, use la opción 2 C.I.D)

Nombre de la subdivisión o complejo de apartamentos:

Calle de intersección principal más cercana:

NICE Servicio de Paratránsito Aplicacione

Please Attach Passport Type Photo Below:



List the Medical Names of Your Disabilities or Medical Conditions	Is the Condition Permanent?	Duration of Condition	Medications taken for the Condition

TENGA EN CUENTA:

No podemos procesar su solicitud sin una foto tipo pasaporte adecuada. La foto debe ser a color, con fondo **blanco** sólido; sin sombreros ni anteojos. Sin la foto adecuada, su solicitud será **devuelta**, lo que **retrasar ** su proceso de su aplicacione

NICE Servicio de Paratránsito Aplicacione

4. Si experimenta Convulsiones? Por favor marque todos los que apliquen

☐ Grand Mal ☐ Petit Mal ☐ Lóbulo temporal ☐ Lóbulo epiléptico

5. Cuando tengo una convulsión, yo: Marque todo lo que corresponda:

☐ Me cuesta despertarme ☐ Me desmayo ☐ Me quedo dormido

☐ Necesita atención médica inmediata ☐ Mira fijamente al vacío

6. ¿Con qué frecuencia ocurren? _____

7. ¿Cuándo fue tu última convulsión? _____

8. ¿Actualmente toma medicación para controlarlos? Si ☐ No ☐

9. ¿Tiene una discapacidad visual (que incluye ceguera)? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

☐ Uso lentes de contacto o anteojos.

☐ Puedo reconocer mi parada si se hacen anuncios.

☐ Soy legalmente ciego y no puedo distinguir mi parada apropiada, desembarcar y navegar la ruta a mi destino. No uso un animal de servicio ni ningún dispositivo de asistencia.

☐ Uso un animal de servicio, pero necesito paratránsito para llegar a/desde destinos a los que no puedo viajar de manera segura en la ruta.

☐ Puedo escuchar y reconocer fácilmente los sonidos ambientales que me ayudan a determinar los patrones de flujo de tráfico.

☐ No puedo escuchar fácilmente los sonidos ambientales que me ayudan a determinar el flujo del tráfico.

☐ No siempre puedo salir de la calzada antes de que cambie el semáforo.

☐ Necesito un guía vidente que me ayude con las siguientes tareas:

10. ¿Tiene una **discapacidad mental/psicológica**? Sí, ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique la discapacidad y explique cómo le afecta.

11. ¿Existen otras discapacidades físicas o mentales que afecten su FUNCIONALIDAD para viajar en el autobús de ruta fija? (Ejemplo: dificultad para llegar al autobús, esperar en la parada el autobús correcto, abordar el autobús, saber cuándo llegará a su parada y notificar al conductor que debe bajarse). Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, explíquelo porfavor.

12. ¿Puedes esperar 20 minutos en una parada de autobús de NICE que NO tenga asientos? Sí ☐ No ☐ en caso negativo, explique

13. ¿Puedes esperar 20 minutos en una parada de autobús de NIZA que Sí tenga asientos y un refugio? Sí ☐ No ☐ en caso negativo, explique

14. ¿Puede esperar 20 minutos en una parada de autobús NICE sin ayuda? Sí ☐ No ☐ En caso negativo, explique

15. ¿Qué distancia puede caminar sin la ayuda de otra persona? Por favor, compruebe. ☐ Menos de un bloque ☐ 1-2 bloques ☐ 3-4 bloques ☐ 5-6 bloques ☐ Más de 6 bloques ☐ No sé

16. ¿Necesita una rampa o ascensor para subir/bajar del autobús?
τ Sí ☐ No ☐ Todo el tiempo ☐ A veces ☐ Nunca

17. ¿Utiliza un dispositivo de movilidad para viajar? Sí ☐ No ☐ marque todo lo que corresponda. ☐ Bastón blanco ☐ Bastón ortopédico (base de tres o cuatro puntas) ☐ Bastón estándar ☐ Andador ☐ Aparatos ortopédicos ☐ Muletas
☐ Silla de ruedas manual ☐ Silla de ruedas motorizada ☐ Scooter
☐ Respirador/Oxígeno ☐ Animal de servicio/guía Describa:

18. ¿Cuál es la altura/ancho de su dispositivo de movilidad desocupado?
Anchura altura _____

19. ¿Cuál es el peso de su dispositivo de movilidad mientras está ocupado?

20. ¿Necesita un asistente de cuidado personal (PCA) que viaje con usted para brindarle asistencia de transporte? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, explique la asistencia específica que necesita.

21. Si no necesita un asistente de cuidado personal para viajar en autobús, ¿debe ser recibido por un cuidador cuando esté en el autobús? Sí ☐ No ☐

22. Si el autobús llega a su destino y el cuidador no está allí para ayudarlo a bajar del autobús, ¿a quién debe contactar?

Nombre:

Teléfono:

Nota: si no se contesta el número de contacto o si se desconecta el número, es posible que se llame a Family Service oa la policía local para que se hagan cargo del pasajero.

23. ¿Hay situaciones en las que no se requerirá que su cuidador se encuentre con el autobús? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, explique.

24. ¿Cómo viajas ahora? Por favor marque todos los que apliquen.

- ☐ con la ayuda de un dispositivo de movilidad ☐ caminar ☐ conducir yo mismo
- ☐ Pasajero en el auto de otra persona ☐ Otro servicio de camioneta
- ☐ NICE autobús de ruta fija ☐ actualmente no tiene medios de transporte
- ☐ Autobús NICE Able Ride Paratransit

25. ¿Ha viajado alguna vez en un autobús de ruta fija? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo fue la última vez que viajó en un autobús de ruta fija?

26. ¿Por qué dejó de usar el autobús de ruta fija?

27. ¿Cree que podría viajar en el autobús de ruta fija, si la camioneta de paratransito pudiera llevarlo a/desde una parada de autobús accesible?

Sí ☐ No ☐ Si no, explique cómo se restringe su discapacidad.

28. Marque todo lo que corresponda a usted:

- ☐ Puedo abordar, viajar y salir de un autobús de ruta fija.
- ☐ Puedo cruzar la calle.
- ☐ Puedo subir y bajar de la acera.
- ☐ Puedo manejar el dinero.
- ☐ Puedo pararme en un autobús en movimiento, agarrándome del pasamanos, si no hay un asiento disponible.
- ☐ Puedo usar un teléfono para obtener información sobre el horario del autobús.
- ☐ Puedo encontrar el camino a la parada del autobús después de que me muestren dónde se encuentra.
- ☐ Puedo hacer transbordo a otro autobús o tren después de que me muestren dónde está basado.
- ☐ Puedo escuchar y entender el sistema de anuncios automáticos en el autobús.
- ☐ Necesito ayuda para entender y navegar el autobús de ruta fija.
- ☐ No tengo la energía para viajar largas distancias.

Explique los elementos marcados anteriormente en la pregunta 28.

He revisado toda la información contenida en esta solicitud. Certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación de información puede resultar en la denegación del servicio. Entiendo que solo cierta información puede mantenerse confidencial. Esta información confidencial incluye el diagnóstico específico proporcionado por el profesional con licencia, la naturaleza de la discapacidad proporcionada por el solicitante y el día y mes de nacimiento del solicitante. Entiendo que solo la información requerida para proporcionar servicios de paratransito se divulgará a quienes presten esos servicios. Entiendo que NICE puede comunicarse con el profesional con licencia que completó el Formulario de verificación profesional (PARTE B) que se adjunta a esta solicitud para confirmar o aclarar esta información. Por la presente autorizo la divulgación de esta información médica según lo solicitado por NICE por un período de 3 años a partir de esta fecha. **(Si el solicitante no puede firmar, asegúrese de que un poder notarial o un tutor legal firme en el espacio para la firma del solicitante)**

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Si una persona que no sea el solicitante ayudó a completar la Parte A de este formulario, marque uno de los siguientes.

Tenga en cuenta que si usted es un profesional que ayuda a su cliente, NO puede verificar también la Parte B.

☐ o Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en base a la información que me proporcionó el solicitante.

☐ o Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta en base a mi propio conocimiento de la condición de salud o discapacidad del solicitante.

Imprimir nombre: _____

Firma: _____

Relación con el solicitante: _____

Teléfono: _____ (día) _____ (Noche)

NICE Servicio de Paratransito Aplicacione

PARTE B: VERIFICACIÓN PROFESIONAL CON LICENCIA

Estimado Profesional Licenciado:

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 es un proyecto de ley de derechos civiles que prohíbe la discriminación contra las personas con discapacidades. De acuerdo con la Ley, Nassau Inter-County Express (NICE) ofrece un servicio de autobús de puerta a puerta para aquellos que no pueden usar el autobús de ruta fija.

Los pasajeros deben estar certificados como elegibles para poder utilizar el servicio de autobús de puerta a puerta.

Los solicitantes pueden ser elegibles para este servicio de autobús para algunas solicitudes de viaje, pero no para todos los viajes que soliciten. La elegibilidad se basa en la incapacidad funcional para usar el servicio de transporte público.

Las categorías de elegibilidad para el servicio Able-Ride del condado de Nassau son las siguientes:

- Personas que no pueden abordar, viajar o bajarse de un autobús de ruta fija, independientemente de su capacidad para llegar a una parada de autobús
- Personas con impedimentos específicos que no pueden viajar a una parada de autobús para abordar el autobús de ruta fija, o viajar a su destino final después de desembarcar del autobús de ruta fija.

Todos los autobuses de ruta fija están equipados con una rampa para personas que usan dispositivos de movilidad o no pueden subir escaleras.

La información que proporcione, junto con la información del solicitante, nos permitirá tomar una determinación adecuada. Toda la información se mantendrá confidencial.

Si es un profesional con licencia que completó la Parte A de esta solicitud, no puede verificar también la Parte B de la solicitud.

Gracias por su asistencia.

NICE Servicio de Paratransito Aplicacione

PARTE B: VERIFICACIÓN PROFESIONAL CON LICENCIA

Por favor, asegúrese de que las respuestas estén **ESCRITAS DE FORMA CLARA Y ORDENADA.**
Por favor devuelva **DOCUMENTOS EN TINTA ORIGINALES, NO SE ACEPTARÁN COPIAS EN FOTO/FAX.**

1. ¿Qué discapacidad o condiciones impiden que el solicitante viaje en el autobús de ruta fija?
Explique en detalle el diagnóstico clínico del solicitante relacionado con la discapacidad física, del desarrollo, cognitiva, visual u otra.

2. Is the condition temporary? () **SI** () **NO**

3. ¿Cuál es la duración esperada de la condición? _____ meses

4. ¿Puede el solicitante viajar hacia y desde el autobús de ruta fija? () **SI** () **NO**

Si no marque, todo lo que corresponda:

- ☐ No se puede negociar en áreas sin aceras.
- ☐ No se puede negociar terreno empinado.
- ☐ No se puede subir/bajar de un bordillo.
- ☐ No se puede cruzar una intersección concurrida.

No puedo tolerar: () Calor () frío () Humedad () Mala calidad del aire

No se puede localizar la parada de autobús: () Visualmente () Cognitivo

No puede pararse en una parada de autobús por:
() 10 minutos () 20 minutos () 30 minutos

NICE Servicio de Paratránsito Aplicacione

5.  Puede el solicitante realizar las siguientes tareas sin ayuda?

Encontrar su camino entre lugares familiares () **SI** () **NO**

Agarrar monedas, pases, barandillas y manijas () **SI** () **NO**

Señalar al conductor del autobús que se baje del autobús en la parada () **SI** () **NO**
apropiada Comunicar información importante a pedido () **SI** () **NO**

Preguntar, comprender y seguir instrucciones () **SI** () **NO**

Travel 200 feet (1 city block) () **SI** () **NO**

Travel 1/4 mile (3 city blocks) () **SI** () **NO**

Travel 1/2 mile (6 city blocks) () **SI** () **NO**

Deal with unexpected situations () **SI** () **NO**

Viajar con seguridad a través de instalaciones abarrotadas () **SI** () **NO**

6. Describa la discapacidad visual del solicitante. Marque todo lo que corresponda.

Totalmente ciego () Legalmente ciego () Glaucoma ()

Degeneración macular () Desprendimiento de retina () Retinopatía ()

Ceguera cortical () Cataratas ()

Otro: _____

Información del profesional con licencia

7. Escriba el nombre y el cargo del profesional de la salud en letra de imprenta

Nombre completo: _____

Título: _____

Clínica/Negocio: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: Número de fax: _____

Correo electrónico (opcional): _____

Número de licencia profesional, registro o certificación del estado de Nueva York:

Licencia/certificación de la agencia emisora:

*****NOTA: Se requiere la firma del profesional autorizado en la página 18. *****

NICE Servicio de Paratránsito Aplicacione

He revisado toda la información contenida en esta solicitud y por la presente certifico que toda la información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Certifico que el solicitante mencionado en este documento está bajo mi cuidado profesional. Por la presente juro y afirmo que el solicitante está incapacitado como se indica.

Firma del Profesional Licenciado:

Fecha: _____

Comentarios adicionales:

Devuelva los documentos en tinta originales. No podemos aceptar fotocopias ni faxes.