



Programa de paratransito de la Ciudad de Hayward (Medida B)

Un programa diseñado para suplementar y complementar el sistema de servicio de paratransito del Este de la Bahía

Información de Aplicación

Gracias por inquirir sobre el programa de paratransito de Hayward. Dos formas están adjuntas: **Formulario de Declaración Médica (Medical Statement Form)** y **Formulario de Solicitud para Paratransito.**

El **Formulario de Declaración Médica (Medical Statement Form)** debe ser completado por un profesional médico. Sin embargo, si usted tiene 70 años o más, el formulario de declaración médica no necesita ser completado. Sólo debe completar el formulario de solicitud.

Los formularios completados deben enviarse a:

Hayward City Hall
Paratransit Program
777 B Street, Hayward, CA 94541
Fax: (510) 583-3650

Nota: El Programa de Paratransito de Hayward (Hayward Paratransit Program) está propuesto a ser utilizado *por sólo 3 semanas*, mientras que esté en el proceso de certificación para Paratransito del Este de la Bahía (East Bay Paratransit).

Si usted tiene alguna pregunta relacionada con la información adjunta, por favor, no dude en llamar a nuestra oficina al (510) 583-4230.

**City of Hayward
Paratransit Program Medical Statement Form**

Dear Physician:

The person named below would like to participate in the City of Hayward Paratransit Program. This is a transportation service designed for those unable to utilize other public transit services. In order for the application to be complete, a medical certification form describing the person's functional transportation limitations is required. All information provided below is confidential and is used for the sole purpose of establishing eligibility for the City of Hayward Paratransit Program. Please help us to determine the certification status of this individual by providing the information required.

Applicant's Name _____

Med. Ins. Coverage _____ Med Ins. # _____

Please check all of the items below which apply to this applicant

I. Because of a medical and/or disabling condition, the above named person is unable to :

- A. Get to a fixed route or wheelchair lift equipped transit service (ex: bus, BART).
- B. Board from a standard public transit vehicle (ex: bus, BART).
- C. Wait for, or stand in, a moving transit vehicle (ex: bus, BART).
- D. See, read and/or comprehend information signs, schedules, maps, etc.
- E. Hear and/or comprehend verbal information given by a public transit personnel.
- F. Get to, in and out of a taxi vehicle without assistance.
- G. Use regular public transportation services because: _____
- H. Drive an automobile. When will the applicant be able to drive again?
(date) _____
- I. Use East Bay Paratransit services because: _____

II. Nature of applicant's condition:

- A. Diagnosis: _____
Is this applicant's condition: Permanent? Temporary?
If temporary, for how long? _____
- B. Does the above named applicant use a wheelchair? YES NO
- C. Does the person use other assistive devices to ambulate or mobilize? (Describe) _____
- D. Are paratransit services needed by the above named person to obtain a *life sustaining treatment*? (ex: dialysis, chemotherapy, radiation therapy, etc.) YES NO
- E. If doctor's visits are required: How often? _____ Until when? (date) _____
- F. If therapy is required: How often? _____ Until when? (date) _____

III. Physician's Statement:

I hereby state that the information provided above is correct. Date _____

Physician's Name: Print _____ Signature _____

Address: _____ Phone # _____ Fax # _____

**RETURN TO: City of Hayward, Paratransit Program
777 B Street, Hayward CA 94541
Tel: (510) 583-4230 Fax: (510) 583-3650**

Formulario de Solicitud para Paratránsito

Por favor complete todas las preguntas marcadas con un asterisco (*).

*Nombre: _____

Apellido

Primer Nombre

Inicial

*Teléfono {Día}: () - _____

*Celular: () - _____

* Teléfono {Tarde}: () - _____

*TDD/TTY: () - _____

*Domicilio: _____

Dirección

No. de Apto.

Ciudad

Código Postal

*Nombre de Centro de Vivienda (si es aplicable): _____

*Fecha de nacimiento: ___/___/___ Masculino Femenino

*¿Maneja sus propios asuntos y se encarga de su propia correspondencia? Si No

*Si respondió "No", ¿A quién se le debe mandar la correspondencia?

*Nombre _____

*Relación _____

*Teléfono {Día} _____

*Teléfono {Tarde} o Celular _____

*Dirección de envío

(Si es diferente que domicilio) Dirección No. de Apto. Ciudad Código Postal

*¿Usted (o su cuidador) desea recibir su paquete de introducción y cambios futuros por correo electrónico? (Por favor note: cupones todavía serán mandados por correo)

Si No

*Si respondió "Si", por favor de su correo electrónico (o el de su cuidador) para que le podamos mandar la información:

1. ¿Está usted recibiendo alguna de las siguientes formas de ayuda de ingresos / beneficios? (Marque todas las que apliquen)

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)

Medi-Cal

Asistencia General (GA)

Programa de Asistencia en Efectivo para Inmigrantes (CAPI) Cal Works

2. Ingreso bruto mensual *individual*: _____

3. Ingreso bruto mensual *familiar*: _____ No. de personas en el hogar: ____

4. *¿Cuál es su arreglo de vivienda?

Vive Solo/a

Vive con cónyuge/pareja

Vive con hijos adultos

Vive en una instalación de enfermería especializada/hogar de ancianos

Vive en un hogar de vida asistida/atención residencial

5. ¿Cuál es su raza/origen étnico? Africano Americano Asiático/Isleño del Pacífico
 Caucásico Hispano/Latino Nativo Americano
 Otro: _____

6. *¿Qué idioma(s) habla? Idioma Preferido: _____
Otro(s) Idioma(s): _____

7. *¿Cómo viaja actualmente a sus destinos más frecuentes? (Marque todos los que apliquen)

Paratransito ADA (Es decir: Paratransito del Este de la Bahía {East Bay Paratransit}, Wheels Dial-A-Ride, Paratransito de Union City {Union City Paratransit})

Yo Manejo Alguien me lleva Autobús/BART Taxi

Otro: _____

8. *¿Lo/a han certificado como elegible para viajar en servicio de paratransito ADA?

(Es decir: Paratransito del Este de la Bahía {East Bay Paratransit}, Wheels Dial-A-Ride, Paratransito de Union City {Union City Paratransit})

Completamente elegible Elegible condicionalmente No. de Identificación de pasajero _____

No elegible/Negado/a No he aplicado No lo se

9. *¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo especializado?

Bastón Bastón Blanco Andador

Silla de Ruedas Manual Silla de Ruedas Eléctrica Scooter Eléctrico

Animal de Servicio Tanque de Oxígeno Portable Otro: _____

10. * ¿Necesita un ascensor para silla de ruedas para entrar y salir de un vehículo?

Sí No No lo se

11. *¿Suele viajar con la ayuda de otra persona? Sí No

12. *Por favor describa su discapacidad o condición de discapacidad de salud y explique cómo esta condición no le permite usar transporte público (Es decir: autobús o BART):

13. *¿Es la condición anterior que usted describe:

Permanente Temporal hasta: _____

14. *Contacto de Emergencia: _____
Relación a usted: _____ *Teléfono {día}: () _____
Celular: () _____ Teléfono {tarde}: () _____

15. Si necesita información en el futuro proporcionada en un formato accesible, por favor escoja el formato que prefiera:

Letra Grande Cinta de audio Braille CD / Archivo Electrónico

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que la falsificación con conocimiento de la información dará lugar a la denegación de servicio. Yo doy permiso a la Ciudad para verificar si estoy inscrito en Paratransito del Este de la Bahía (East Bay Paratransit), Wheels Dial-A-Ride o Paratransito de Union City (Union City Paratransit). Entiendo que toda la información de la aplicación se mantendrá confidencial y sólo la información necesaria para proporcionar el servicio que solicite será compartida con aquellos que realizan los servicios.

*Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que le ayudó en aplicación y N ° de teléfono: _____