



Programa de Paratrásito de Hayward

Un Programa de Paratrásito, fundado por Medidas B/BBA

Diseñado para suplementar y complementar el sistema de servicios paratrásitos en el Este de la Bahía

Información de la Aplicación

Gracias por su consulta acerca del Programa de Paratrásito de Hayward (HOP). **East Bay Paratransit** (Paratransit del Este de la Bahía, o **EBP**), es el sistema de paratrásito encomendado por el ADA (Ley para Personas con Discapacidades) en la ciudad de Hayward y el condado de Alameda. *Debe entregar una aplicación al **EBP** (proveedor del condado) y obtener una fecha de entrevista para poder inscribirse con Hayward.* **EBP** le hará una cita para su entrevista, y coordinará su transporte si es necesario. Provea una copia de la carta confirmando su entrevista con **EBP** dentro de 30 días de haberla recibido. Si usted previamente aplico con **EBP**, por favor entregue una copia de su carta de elegibilidad, o carta de negación de servicios.

La Aplicación para Paratrásito Operado por Hayward: Todo pasajero necesita completar una aplicación. Se requiere una declaración médica por pasajeros entre 18-69 años; **declaraciones médicas tienen que ser completados por un médico profesional.** Si tiene 70 años o más, no se requiere declaración médica.

Formularios completos deben entregarse a:

Por correo: Hayward City Hall
Paratransit Program
777 B Street, 4th Floor
Hayward, CA 94541

Correo electrónico: paratransit@hayward-ca.gov
Fax: (510) 583-3650

Si tiene preguntas acerca de la información adjunta, por favor llame a nuestra oficina al (510) 583-4230.

Community Services Division
Paratransit Program

777 B Street, Hayward CA 94541-5007
Tel: 510/583-4230 Fax: 510/583-3650



Programa de Paratransito Operado Por Hayward Formulario de Declaración Médica

Estimado Médico:

La persona nombrada a continuación le gustaría participar en el Programa de Paratransito de la Ciudad de Hayward. Este es un servicio de transporte diseñado para aquellos que no pueden utilizar otros servicios de transporte público. Para que la solicitud este completa, se requiere un formulario de certificación medica que describa las limitaciones funcionales de transporte de la persona. Toda la información proporcionada a continuación es confidencial y será utilizada con el propósito de establecer la elegibilidad para el Programa de Paratransito de la Ciudad de Hayward. Le agradecemos su ayuda en determinar el estado de certificación de esta persona proporcionando la información requerida.

Nombre de Solicitante _____

Cobertura de Seguro Médico _____ No. de Seguro Médico _____

Por favor marque todas las opciones que se aplican al solicitante

I. Debido a una condición médica y/o incapacitante, el/la solicitante no puede:

- A. Llegar a una ruta fija o al servicio de transporte equipado con elevador para sillas de rueda (ej: autobús, BART).
- B. Abordar desde un vehículo estándar de transporte público (ej: autobús, BART).
- C. Esperar o pararse en un vehículo de tránsito en movimiento (ej: autobús, BART).
- D. Ver, leer y/o comprender señales de información, horarios, mapas, etc.
- E. Oír y/o comprender información verbal comunicada por personal de transporte público.
- F. Subir, entrar y salir de un vehículo taxi sin ayuda.
- G. Utilizar los servicios de transporte público regulares porque: _____
- H. Conducir un automóvil. ¿Cuándo podrá el solicitante volver a conducir? (fecha) _____
- I. Utilizar los servicios de Paratransito del Este de la Bahía porque: _____

II. Naturaleza de la condición del solicitante:

- A. Diagnostico: _____
La condición del solicitante es: ¿Permanente? ¿Temporal?
¿Si es temporal, por cuánto tiempo? _____
- B. ¿Usa el/la solicitante silla de ruedas? SI NO
- C. ¿Usa el/la solicitante otros medios de ayuda para caminar o movilizarse? (Describa) _____
- D. Necesita la el/la solicitante servicios de paratransito para obtener tratamiento de **apoyo vital?**
(ej: diálisis, quimioterapia, radioterapia etc.) SI NO
- E. **Si se requieren visitas al médico:** ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Hasta cuándo? (fecha) _____
- F. **Si se requiere terapia:** ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Hasta cuándo? (fecha) _____

III. Declaración del médico:

Por la presente declaro que esta información es correcta. Fecha _____

Nombre del médico: Letra de molde _____ Firma _____

Domicilio: _____ No. Teléfono _____ No. Fax _____

REGRESAR A:

**Hayward Operated Paratransit Program
777 B Street, 4th Floor, Hayward CA 94541
Tel: (510) 583-4230 Fax: (510) 583-3650
Correo Electrónico: paratransit@hayward-ca.gov**

For Office Use Only: Client # _____



Formulario de Solicitud de Paratransito (rev. 09/01/20)

Nombre: _____
Apellido | Primer Nombre | Inicial de Segundo Nombre

Teléfono de Día: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

Teléfono TTT/TTY: (____) _____ - _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____
Dirección | Apto. # | Ciudad | Código Postal

Dirección de Correo: _____
(Si es diferente a su domicilio) Dirección/Caja Postal | Apto. # | Ciudad | Estado | Código Postal

Nombre de la instalación de vivienda (si esta aplica): _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Mes | Día | Año Masculino Femenino

¿Cuál es su raza/etnia? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Blanco Afro-Americano Asiático/Isleño del Pacífico
 Hispano/Latino Nativo Americano Otro: _____

1. ¿Ha sido certificado como elegible para viajes con un servicio de paratransito ADA?
(ej. East Bay Paratransito, Wheels Dial-A-Ride, Union City Paratransito)

- Completamente Elegible Elegible Condicional **No. De Pasajero de EBP#:** _____
 No Elegible/Negado No he aplicado o **Fecha de Entrevista:** _____

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

- Bastón Bastón Blanco Andadera
 Silla de Ruedas Manual Silla de Ruedas Eléctrica Motoneta Eléctrica
 Animal de Servicio Tanque de Oxígeno Portable Otro: _____

3. ¿Necesita un elevador de silla de ruedas para entrar y salir de un vehículo?

- Si No No lo se

4. ¿ Normalmente viaja con la ayuda de otra persona? Si No

5. Por favor describa su discapacidad o condición de salud y explique cómo esta condición le impide usar el transporte público (ej. Camiones o BART):

6. ¿Es la condición que describe: Permanente Temporal hasta: _____

7. ¿Con qué frecuencia espera usar el servicio de paratransito?

- Diario 2-4x por semana 2-4x por mes

For Office Use Only: Client # _____



8. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos más frecuentes?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- ADA Paratransito (ej. East Bay Paratransito, Wheels Dial-A-Ride, Union City Paratransito)
 Yo manejo Alguien me lleva Camión/BART Taxi Uber/Lyft
 Otro: _____

9. ¿Está usted en alguna de las siguientes formas de asistencia de ingresos/beneficios?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) Medi-Cal
 CalWorks Asistencial General (GA)
 Programa de asistencia en efectivo para inmigrantes (CAPI)

10. Ingreso bruto mensual individual: _____

11. Ingreso bruto mensual familiar: _____ # de personas en el hogar: _____

12. ¿Quieres ayuda para aprender a usar paratransito? SI NO

13. ¿Quieres ayuda con las citas o hacer mandados? SI NO

14. ¿Cuál es su situación de Vivienda?

- Vive Solo
 Vive con su cónyugue/pareja
 Vive con hijos adultos
 Vive en un centro de enfermería especializada/ hogar de ancianos
 Vive en una vivienda asistida/en un hogar residencial
 Otro: _____

15. ¿Qué idioma(s) habla? Idioma de Preferencia: _____

Otro/s Idioma: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación a usted: _____ Teléfono de Día: (____) _____

Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

¿Manejas tus propios asuntos y correo? Si No

Si "No", ¿a quién debería enviarse su correspondencia?

Nombre: _____ Relación a usted: _____

Teléfono: (____) _____ Correo Electrónico: _____



16. Si necesita información en un formato accesible, seleccione qué formato prefiere

- Letra Grande Cintas de Audio Braille CD/Archivo Electrónico

17. ¿Usted (o su cuidador) desea recibir su paquete de introducción y cambios futuros por correo electrónico? (Por favor, tenga en cuenta que los vales se le enviarán por correo):

- Si No * Si "Sí", por favor proporcione su (o de su cuidador) dirección de correo electrónico para que podamos enviarle la información:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar la información a sabiendas resultará en denegación de servicio. Le doy permiso a la Ciudad para verificar si estoy matriculado en Paratransito de East Bay, Ruedas Dial-A-Ride o Union City Paratransito. Entiendo que toda la información de la aplicación se mantendrá confidencial, y sólo la información requerida para proporcionar el servicio que solicito será revelada a los que realizan los servicios.

*Firma del Solicitante: _____

*Fecha: _____

Nombre de la persona que le ayudó con la aplicación/No. de teléfono: _____



Forma de Referencia

¿Conoce a algún familiar o amigo que pueda beneficiarse de más información sobre el Programa de Paratransito Operado por la Ciudad de Hayward?

Nombre: _____
Apellido | Primer Nombre

Teléfono de Día: (____) _____ - _____ **Celular:** (____) _____ - _____

Teléfono TTT/TTY: (____) _____ - _____ **Correo Electrónico:** _____

Domicilio: _____
Dirección | Apto. # | Ciudad | Código Postal

Dirección de Correo: _____
(Si es diferente a su domicilio) Dirección/Caja Postal | Apto. # | Ciudad | Estado | Código Postal

Nombre de la instalación de vivienda (si esta aplica): _____

Nuestro equipo puede proporcionar información sobre los siguientes servicios:

- Transporte el mismo día
- Transporte de puerta a puerta preestablecido
- Administración de movilidad y capacitación en viajes
- Viajes en grupo
- Entrega de comida
- Subsidio para Tarifas