



Programa de Paratrásito de Hayward (HOP)

Un Programa de Paratrásito financiado por las Medidas B/BB

Diseñado para suplementar y 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** (Paratransito 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. **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 Paratr nsito Operado Por Hayward Formulario de Declaración Médica

Este formulario solo deberá ser completado en el caso de que el solicitante en no cumple la cualificación de ser "adulto mayor" (edad de 70 o mayor) para la inscripción en el programa de paratr nsito de Hayward. Para información adicional, favor de referir a Hayward-ca.gov/residents/Paratransit o llamar al programa.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección postal _____

Estimado Médico, Trabajador(a) Social, o Profesional de Salud:

La persona nombrada a continuación le gustaría participar en el Programa de Paratr nsito 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 Paratr nsito de la Ciudad de Hayward. Le agradecemos su ayuda en determinar el estado de certificación de esta persona proporcionando la información requerida. Favor de devolver este formulario al solicitante para someter con su solicitud. Gracias.

I. Favor de describir la discapacidad o condición médica del solicitante que previene la utilización de transporte público (es decir autobuses de AC Transit o trenes de BART): Puede incluir páginas adicionales

II. La condición del solicitante es: Permanente Temporal hasta (fecha): _____

III. 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. _____ Esperar al aire libre sin acompañamiento para la llegada del transporte público
- E. _____ Ver, leer y/o comprender señales de información, horarios, mapas, etc.
- F. _____ Oír y/o comprender información verbal comunicada por personal de transporte público.
- G. _____ Utilizar los servicios de transporte público regulares porque: _____

IV. El solicitante requiere servicios de paratr nsito para obtener tratamiento de soporte vital. (es decir, diálisis, quimioterapia, radioterapia, etc.) Sí No

Declaración del facultativo: *Por la presente declaro que esta información es correcta.*

Nombre del facultativo: _____
(letra de molde) (firma)

Fecha: _____ Médico Enfermera Trabajador(a) Social
 Otro facultativo (describa): _____

Agencia/Organización: _____

Dirección de Correo: _____

No. Teléfono _____ No. Fax _____ Email: _____

Regresar a to: Hayward Operated Paratransit Program
777 B Street, 4th Floor, Hayward CA 94541
Tel: (510) 583-4230 | Fax: (510) 583-3650
Email: paratransit@hayward-ca.gov

Formulario de Solicitud de Paratransito (rev. 07/09/24)

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: ____ / ____ / ____ Masculino Femenino No binario
Mes Día Año

¿Cuál es su raza/etnia? 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. Autobuses 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

**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 Autobus/BART Taxi Uber/Lyft

For Office Use Only: Client # _____

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
- Administración de movilidad y capacitación en viajes
- Entrega de comida
- Subsidio para Tarifas