



**Ben Franklin Transit**  
**Dial-A-Ride Solicitud de Elegibilidad**  
 1000 Columbia Park Trail, Richland, WA 99352-4764

Para preguntas o ayuda para llenar esta solicitud, por favor llame a (509) 735-0160, o por fax (509) 734-5195  
 Por favor conteste todas las preguntas completamente. No se procesarán solicitudes incompletas.  
**Firma páginas 6 y 7 como se requiere.**

**Por favor, escriba en letra de molde o a máquina**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_

Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

Nombre de los apartamentos o edificio: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal (si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Segundo Número de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Nombre y número de teléfono de la persona (s) a contactar en caso de emergencia:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Información acerca de su guardián legal y / o poder notarial o abogado (si es aplicable)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Cómo se entero de Ben Franklin Tránsito Dial-A-Ride?

\_\_\_\_\_

---

## PARTE I: INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

A. Cómo has estado recientemente viajando? Por favor, marque todas las que correspondan:

- Autobús regular de Ben Franklin Transito       Caminando       Dial-A-Ride  
 Manejo       Taxi       Familiares / Amigos  
 Otra , por favor explique – \_\_\_\_\_

B. Por favor escriba sus 3 viajes más frecuentes que usaría servicio Dial-A-Ride para:

1. \_\_\_\_\_ Veces al mes: \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Veces al mes: \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ Veces al mes: \_\_\_\_\_

C. En el momento usted utiliza el servicio regular de autobuses de Ben Franklin Transit?

- Si  
 No, porque  
     Nunca he probado  
     Tengo dificultad para subir o bajar del autobús  
     No conozco las líneas del los autobuses  
     Tengo dificultades para viajar hacia y desde la parada del autobús  
     Tengo dificultades para reconocer las paradas del autobús  
     Otro - por favor explique \_\_\_\_\_

D. Podría ir en el autobús regular si había una parada de autobús o ruta de autobús cerca de su casa?

- Sí, siempre  
 Sí, a veces  
 No - por favor explique \_\_\_\_\_

E. Un programa de entrenamiento para aprender cómo utilizar el sistema de autobuses regular, está disponible sin costo, Estaría usted interesado en aprender cómo usar los autobuses regulares?

- Sí     No - Por favor explique: \_\_\_\_\_

F.Cuál es (son) su discapacidad o condiciones limitantes que impiden el uso de los autobuses regulares? Por favor, marque lo que corresponda y explique:

- Físico: \_\_\_\_\_  
 Salud Mental: \_\_\_\_\_  
 Cognitivo: \_\_\_\_\_

Visual: \_\_\_\_\_

Convulsiones: \_\_\_\_\_

G. Cómo describiría su discapacidad o condición de salud actual?

- Temporal - Hasta cuándo? \_\_\_\_\_  Permanente  
 Estable  Deteriorarse  
 Cambiable (dentro de días, semanas o meses) Por favor explique:

\_\_\_\_\_

H. Sus limitaciones cambian de vez en cuando debido a tratamientos médicos, medicamentos, o por otras razones?

No  Sí Como explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I. Debido a su discapacidad (es), las condiciones climáticas (como calor, frío, lluvia, nieve o hielo) impide el uso de un autobús regular sin la ayuda de alguien?

No  Sí Como explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

J. Es necesario viajar con un asistente de cuidado personal (PCA)?

Un PCA es alguien que viaja con usted para ofrecerle toda la ayuda que necesita. Su PCA viaja gratis y debe subir en él mismo lugar con usted.

No - es posible que tenga alguien que viaje contigo cuando lo desee. Debe organizar su propio PCA.

Algunas veces - usted viaja con un PCA bajo su propia responsabilidad. Usted debe hacer los arreglos para su propio PCA.

Sí - si marca aquí, nos está diciendo que usted no puede viajar solo o no se puede dejar solo a un punto del viaje. Al marcar aquí significa que usted viajará con su propio PCA ya que los operadores de Ben Franklin Transito no pueden servir como su PCA. Usted debe hacer los arreglos para su propio PCA.

K. Eres capaz de subir dos escalones de 12 pulgadas, sin ayuda?

Sí  No  Algunas veces  \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L. Si usted no puede subir escaleras, podría bordo de un vehículo con una rampa o un elevador, sin ayuda?

Sí  No  Algunas veces  \_\_\_\_\_

M. Puedes encontrar el camino a parada del autobús regular, sin la ayuda de alguien?

Sí  No  - Por favor explique \_\_\_\_\_

N. Puedes ponerte de pie durante 10 minutos mientras esperas por su viaje? Sí  No

O. Puedes sentarte durante 10 minutos mientras esperas por su viaje? Sí  No

---

## PARTE II: AYUDAS PARA LA MOVILIDAD

P. Usted utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (Marque todas las que apliquen)

Silla de Ruedas manual     Silla de Ruedas eléctrica     Scooter Electrónico     Muletas  
 Bastón de cuatro     Tanque de Oxígeno     Andador     Bastón  
 No utilicé ningún     Otro - por favor explique \_\_\_\_\_

P1. Si su movilidad es algo diferente y otra forma de movilidad, indique la marca, modelo, anchura y longitud.

Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Anchura \_\_\_\_\_ Longitud \_\_\_\_\_

P2. **Debido a las reglas de la Acta para los Norteamericanos con Discapacidades (ADA), Dial-A-Ride no será capaz de dar servicio a una persona que pesa combinada con una silla de ruedas o otro dispositivo de movilidad que excede más de 800 libras. Por estas razones de seguridad, por favor proporcione el peso exacto de la silla de ruedas que usted utiliza y el peso total del dispositivo de movilidad y el solicitante. Si no está seguro del peso, no dude en llamar a Dial-A-Ride y le ayudaremos a conseguir el peso de su dispositivo de movilidad. Ben Franklin Transito Dial-A-Ride se reserva el derecho de exigir un peso documentado antes de permitir que usted use nuestros vehículos.**

Peso de la movilidad \_\_\_\_\_ Combinado Peso \_\_\_\_\_

---

## PART III: HABILIDADES FUNCIONALES

Q. Por favor conteste las siguientes preguntas:

Sí	No	A Veces	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted puede pedir, entender y seguir instrucciones?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted puede aceptar cambios si un problema en su rutina?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedes reconocer puntos de referencia?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puede decir la hora?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedes cruzar una calle, en el paso de peatones?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puedes ver suficientemente bien para caminar o viajar en su comunidad?

Si marcó "a veces" en cualquier artículo, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

R. Hasta dónde puede caminar (sin supervisión y con el uso de un dispositivo de movilidad si es necesario) en la comunidad sin la ayuda de alguien?

- 3/4 milla       1/2 milla       4 cuadras       3 cuadras  
 2 cuadras       1 cuadra       Menos de 1 cuadra       No puede caminar cualquier distancia

S. Utiliza un animal de servicio para ayudarle? Sí, qué tipo de animal de servicio?

- No       Sí       A Veces      Tipo: \_\_\_\_\_

S1. Es capaz de controlar su animal de servicio?       Sí       No

*(Los dueños de los animales están obligados a controlar a sus animales de servicio en todo los tiempos)*

---

#### **PART IV: VISIÓN HABILIDADES ESPECÍFICAS**

Por favor conteste las siguientes preguntas:

T. Tengo una Discapacidad Visual:  Sí       No       legalmente ciego(a)       No Visión  
(Si su respuesta es "No" a esta pregunta, por favor pase a la Parte V)

T1. Yo soy capaz de ver:

- Delante       Periférico       No Visión      \_\_\_\_\_ Pies / Pulgadas

T2. Yo soy capaz de distinguir:

- Formas       Color       Palabras/Números       Sitios de interés

T3. Puedo viajar en mi comunidad:

- Incapaz sin ayuda  
 Independiente  
 Con el uso de una ayuda de movilidad:  
 Bastón  
 Servicio Animal  
 Otro

---

#### **PART V: OTRO**

U. Por favor, explique la razón en que su discapacidad le impide a usar un autobús regular a montar o bajar o cómo se le impide llegar a la línea del autobús. Añada otra página si es necesario.

---

---

---

---

---

---

V. Con el fin de preparar a nuestros conductores para dar servicio a su residencia, necesitamos saber si hay condiciones que pueden hacer que sea difícil para un autobús para que lo recoja o el regreso. Por favor, marque todas las que correspondan:

- Ninguno       Número de direcciones no visible       La calle no tiene espacio para el autobús
- Ramas de árboles muy bajas.       Camino de tierra/piedras       Montaña
- Escaleras - Cuántos? \_\_\_\_\_  Piedras       No lugar para dar vuelta
- Difícil de localizar \_\_\_\_\_
- Recogida en la calle atrás de la casa \_\_\_\_\_
- Otro, expliqué: \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que el propósito de esta solicitud es para determinar si soy elegible para usar Dial-A-Ride servicios (transporte informal). Entiendo que Ben Franklin tránsito o sus agentes pueden ponerse en contacto conmigo para obtener más información. Además, entiendo que debo ser sincero al responder a las preguntas en este formulario. Dar información falsa o engañosa es ilegal y puede resultar en la negación de la elegibilidad y los servicios de Dial-A-Ride. Estoy de acuerdo en notificar inmediatamente a Ben Franklin Tránsito si ya no necesito los servicios de Dial-A-Ride.

Nombre Imprimir \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si esta solicitud se ha completado por alguien más, no por la persona que solicita la certificación o los servicios de Dial-A-Ride, la persona debe completar lo siguiente:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DE INFORMACIÓN

Ben Franklin Tránsito puede contactar su médico profesional, rehabilitación profesional, o otro profesional para obtener información acerca de su condición y su capacidad para utilizar el servicio regular de autobuses.

Por favor, llene la información para su médico/medica profesional de tratamiento más familiarizado con usted y su discapacidad o condición que afecta el uso del transporte público.

### SU MEDICO/MEDICA DE TRATAMIENTO NO NECESITA FIRMAR ESTE FORMULARIO.

Autorizo a las personas siguientes en esta forma, así como su personal de oficina, de proporcionar la información con respecto a mi salud, el diagnóstico, la capacidad funcional y los tratamientos que pueden ayudar a Ben Franklin Tránsito evaluar mi solicitud para el servicio de Dial-A-Ride. Entiendo que la información se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de transporte de (ADA) Dial-A-Ride. Esta realiza es válida solamente por (6) seis meses, se puede revocar antes de los 6 seis meses en carta escrita.

1. Nombre del Médico(a) o Profesional de salud medico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

2. Nombre del Médico(a) o Profesional de salud medico \_\_\_\_\_ Donna Tracy \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ 1455 Fowler St \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Richland \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ WA \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ 99352 \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ 509-783-1131 ext 105 \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Este formulario debe ser firmado por el solicitante o por la Persona con Poder Notarial, o un guardián legal para el solicitante. Si el solicitante es menor de 18 años de edad, un padre o guardián legal debe firmar este formulario. Si el solicitante es mayor de 18 años y el guardián legal, o un poder legal está firmando, por favor incluye una copia del documento que autoriza que usted es el guardián legal, o un la persona con poder legal.

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Su Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Solicitante

Persona con Poder Notarial

Guardián Legal

Por favor devuelva la solicitud llena y La Autorización de Información a:

**Ben Franklin Transit  
Dial-A-Ride  
1000 Columbia Park Trail  
Richland, WA 99352-4764**

## PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

- **Cómo puedo ponerme en contacto Dial-A-Ride?**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de la elegibilidad Dial-A-Ride o el servicio, por favor llame al (509) 735-0160.

- **Cuánto tiempo se tarda en procesar mi solicitud?**

Una vez que toda la información requerida ha sido recibida, el proceso de determinación puede tomar hasta veintiún (21) días. Cuando se ha determinado su elegibilidad, se lo notificaremos por correo, el envío de un paquete de información. Servicios de transporte no comenzarán hasta que se establezca su elegibilidad.

- **Va a llamar a mi médico o profesional de la salud?**

Podemos comunicarnos con su médico o su la persona profesional de la salud que esté familiarizado con su discapacidad o condición de verificar o proporcionar información adicional.

Para obtener más información, llame al (509) 735-0160.

## Horario de Dial-A-Ride y números de teléfono

Dial-A-Ride opera en las mismas áreas y tiempos en que los autobuses regulares corren.

**Horario para reservar un viaje:** 8:00 am a 5:00 pm (Lunes a Viernes)

Dial-A-Ride Teléfono (509) 735-0160

Fax Dial-A-Ride (509) 734-5195

### Dial-A-Ride Horario de servicio:

Lunes - Viernes 6:00 am a 8:00 pm

Sábado 7:00 am a 7:00 pm

No hay servicio los domingos

### Tarifas de Dial-A-Ride

Dinero efectivo	\$1.50
10 Boletos	\$12.00
Pase Mensual	\$25.00
Pase Libertad	\$50.00