

Cómo Solicitar Access

Se requiere una evaluación en persona para determinar su elegibilidad con Access Services. Para garantizar que Access tenga la información necesaria para processar su solicitud, complete los siguientes pasos:

Se requiere número de ID de Access.

si no tiene un número de ID, llame al Servicio al Cliente al **1.800.827.0829** o visite elegibility.accessla.org/scheduler para solicitar uno. (solicitudes no se procesará si falta el número de ID)

- 1 Complete y envíe por correo la solicitud en el sobre adjunto, o a:
Centro de Elegibilidad de Access
5747 Rickenbacker Rd.
Commerce, CA 90040
- 2 Permita **siete (7)** días calendarios, después de enviar su solicitud, antes de llamar al Centro de Programación de Elegibilidad de Access.
- 3 Programe su evaluación en persona al **626.532.1616 (TDD 626.532.1620)**, de lunes a viernes de 8am a 5pm. No llame antes del período de **siete (7)** días calendario.

Access proporciona transporte gratuito desde y hacia su evaluación en persona. Los solicitantes también tienen la opción de proporcionar su propio medio de transporte a su cita.

Evaluación En Persona Requerido

- > Si aplica, traiga su dispositivo de movilización primario que va a utilizar cuando salga a la comunidad.
- > Si necesita asistencia, traiga un asistente de cuidado personal (PCA).
- > Traiga una identificación **valida con foto**. Access acepta las siguientes formas de identificación con foto:
 - a. Licencia de conducir o identificación emitida por el estado
 - b. Identificación militar
 - c. Pasaporte de Estados Unidos
 - d. Tarjeta de identificación de tarifa reducida LACTOA
 - e. Tarjeta de identificación de tarifa reducida de otro operador de tránsito
- > Traiga cualquier documento médico que respalde la información en su solicitud.
- > La elegibilidad se basa en su capacidad funcional de utilizar el servicios de tren o autobús de ruta fija. La evaluación incluye una entrevista así como evaluación de funcionamiento físico o cognitivo, si fuera necesario. El evaluador examinará sus aptitudes funcionales necesarias para transportarse en autobús y trenes.
- > Si el evaluador necesita alguna aclaración de su profesional de atención médica, se comunicará con él.

El proceso de solicitud se considera **completo** con lo siguiente:

- a. Solicitud completa que incluye una copia de su identificación con fotografía
- b. Evaluación en persona completa
- c. Verificación completa del profesional de atención médica (si aplica)

Usted recibirá una carta en el transcurso de **21 días** después del proceso de solicitud que le informará su estado de elegibilidad.

Esta solicitud está disponible en formatos alternativos. Si necesita un formato accesible de esta solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Access: **1.800.827.0829 (TDD 1.800.827.1359)** entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. de lunes a viernes.

Si tiene alguna inquietud sobre qué información necesita o qué debe preparar, el Fondo de Educación y Defensa de los Derechos de los Discapacitados (Disability Rights Education and Defense Fund, DREDF) ha publicado "ADA Paratransit Eligibility: How To Make Your Case" (Elegibilidad para paratransito de ADA: cómo comprobar que lo necesita). Puede obtener una copia de esta útil guía en línea en dredf.org o al llamar directamente a Servicio al Cliente de Access al **1.800.827.0829 (TDD 1.800.827.1359)**.

Otros Recursos de Transporte

El condado Los Ángeles tiene servicios de rutas fijas de autobús y tren equipados con las características de acceso de ADA como elevadores o rampas, espacios de fijación, asientos designados por prioridad, anuncios de audio, pasamanos, iluminación y operadores capacitados para asistir a los pasajeros con discapacidades. Estos medios de transporte no requieren reserva previa.

Para obtener más información sobre las rutas de autobús y trenes, horarios o tarifas reducidas en el condado Los Ángeles, visite metro.net o llame al **323.GO.METRO (323.466.3876)**. Los pasajeros con discapacidad auditiva y del habla pueden utilizar el Servicio de Retransmisión de California. **Marque 711** y luego el número que necesita.

Access también puede ayudarle con otras opciones de transporte que satisfagan sus necesidades incluyendo Travel Training, que brinda asistencia para aprender a usar los servicios de trenes o autobuses de ruta fija. Para más información llame al Servicio al Cliente de Access al **1.800.827.0829 (TDD 1.800.827.1359)** o visite accessla.org.

¿Preguntas? Por favor llama Servicio al cliente:

1.800.827.0829

TDD 1.800.827.1359

Solicitud de Evaluación En Persona

1 Información Personal

Numero de ID de Access
(Numero de 6 o 7 digitos)

Número de ID de Access es requerido:
Para solicitar un número de ID, llame a Servicio al Cliente o visite eligibility.accessla.org/scheduler

Apellido

Inicial del
2º nombre

Nombre

Número de identificación de Medi-Cal (opcional):

No tengo número de Medi-Cal

Fecha de nacimiento

Sexo: Masculino Femenino No-binario

Domicilio

No de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal (si es distinta a su domicilio)

No de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono primario

Celular TDD

Número de teléfono alternativo

Celular TDD

Correo electronico

2 Contacto de Emergencia

Nombre _____

Relación al solicitante _____

Número de teléfono primario _____

Número de teléfono alternativo _____

3 Uso Actual del Transporte Público

¿Cuándo fue la última vez que utilizó un autobús o tren de ruta fija?

¿Con qué frecuencia utiliza el autobús o tren de ruta fija? Nunca lo he usado

A diario Semanalmente Mensualmente Actualmente no lo uso

¿Qué es lo más lejos que puede navegar (usando su dispositivo de movilidad, si aplica)?

Menos de 1 cuadra 1 a 4 cuadras Más de 4 cuadras

¿Qué tan lejos vive de la parada de autobús más cercana?

Menos de 1 cuadra 1 a 4 cuadras Más de 4 cuadras

Cuando usa el autobús o tren de ruta fija viaja:

Independientemente Con Asistencia No Aplica

4 Información de Condición Médica / Discapacidad

Describa su discapacidad o condición médica que disminuye su capacidad de viajar en un bus o tren independientemente. Puede adjuntar más documentación en una página separada.

Número de ID de Access _____

Información de Condición Médica / Discapacidad (cont.)

¿Es una condición médica o discapacidad temporal? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿cuánto tiempo espera que impida su capacidad de utilizar buses o trenes de rutas fijas? _____ Semana(s) Mes(es)

¿Actualmente recibe algún tratamiento? Sí No

Si la respuesta es Sí, proporcione información sobre el tipo de tratamiento que está recibiendo actualmente:

5

Mobility Devices / Aids

¿Necesita ayuda cuando viaja en el autobús o el tren? (un asistente de cuidado personal) Sí No A veces No aplica

¿Usa un animal de servicio? Sí No

¿Qué función está entrenado para proveer? _____

¿Cuál es su dispositivo de movilidad primario? (Si aplica)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="radio"/> Silla de ruedas manual | <input type="radio"/> Scooter |
| <input type="radio"/> Andador | <input type="radio"/> Bastón | <input type="radio"/> Bastón blanco |
| <input type="radio"/> Aparatos ortopédicos | <input type="radio"/> Prótesis | <input type="radio"/> Oxígeno portátil |
| <input type="radio"/> Muletas | <input type="radio"/> Tablero de comunicación | |
| <input type="radio"/> Otros: | _____ | |

Número de ID de Access _____

Mobility Devices / Aids (cont.)

¿Cuál es su dispositivo de movilidad secundario? (Si aplica)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Silla de ruedas motorizada | <input type="radio"/> Silla de ruedas manual | <input type="radio"/> Scooter |
| <input type="radio"/> Andador | <input type="radio"/> Bastón | <input type="radio"/> Bastón blanco |
| <input type="radio"/> Aparatos ortopédicos | <input type="radio"/> Prótesis | <input type="radio"/> Oxígeno portátil |
| <input type="radio"/> Muletas | <input type="radio"/> Tablero de comunicación | |
| <input type="radio"/> Otros: _____ | | |

Se le evaluará con el dispositivo de movilidad primario que llevo al centro de elegibilidad en el momento de su cita. Si cambia su dispositivo de movilidad después de su evaluación, se le puede solicitar que regrese para una nueva evaluación en su nuevo dispositivo de movilidad. El uso de un dispositivo de movilidad diferente puede cambiar su capacidad funcional para utilizar el tránsito de ruta fija accesible.

IMPORTANTE: La mayoría de vehículos accesibles de nuestra flotilla están diseñados para acomodar un dispositivo de movilidad de no más de 30 pulgadas de ancho por 48 pulgadas de largo y que su peso con pasajero sea no más de 600 libras. Aunque hacemos todos los esfuerzos razonables por acomodar a nuestros viajeros, si su dispositivo de movilidad es más largo que esto, posiblemente no podamos transportarle, ya sea porque dañaría el vehículo o porque hacerlo impondría un peligro a la seguridad poco razonable.

6 Información de Contacto de Su Médico Profesional

Proporcione la información de contacto de su médico profesional que conoce su condición y, si fuera necesario, puede aclarar cualquier información.

Los siguientes profesionales médicos certificados están autorizados para proporcionar información aclaratoria:

- | | | |
|--|-------------------------|----------------|
| > Médico (MD or DO) | > Enfermero certificado | > Psicólogo |
| > Psiquiatra | > Oftalmólogo | > Optometrista |
| > Terapeuta físico | > Terapeuta ocupacional | |
| > Otro proveedor certificado que conoce su condición | | |

Número de ID de Access _____

Información de Contacto de Su Medico Profesional (cont.)

Nombre de su medico profesional

Especialización

Nombre de la institución/centro/agencia

Domicilio

No. de suite

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono primario

Número de teléfono alternativo

Número de fax

Correo electrónico

7 Certificación y Autorización para Divulgar Información

Por este medio certifico que la información que se proporciona en esta solicitud es verdadera. Yo autorizo que mi médico profesional divulgue cualquier información sobre mi discapacidad o condición de salud y como afecta mi capacidad funcional de viajar en transporte público. Yo entiendo que toda la información medica será estrictamente confidencial. Yo acepto someterme a una evaluación en persona para demostrar mis aptitudes y habilidades funcionales con el propósito de tomar una decisión relacionada con mi elegibilidad para el servicio de paratransito de ADA.

Imprima nombre

Firma

Fecha

Número de ID de Access _____

8 Persona, Aparte del Solicitante, Que Completa el Formulario (opcional)

Nombre

Relación al solicitante

Número de teléfono primario

Número de teléfono alternativo

Agencia (si es aplicable)

Firma de la persona, aparte del solicitante,
completando el formulario

Fecha

Número de ID de Access _____

access

Access Eligibility Center
5747 Rickenbacker Rd
Commerce, CA 90040



Su información de servicios
de Access está aquí.

access