

Access Services

# Cómo Solicitar Access

- > [Otros Recursos de Transporte](#)
- > [Cómo Solicitar Access](#)
- > [La Evaluación Personal](#)
- > [Solicitud Por](#)

## Acerca de Access

Access es una agencia de transporte público dedicada a proporcionar transporte de calidad a las personas con discapacidades en el condado Los Ángeles. Nuestros servicios y programas son regulados por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA).

Access esencialmente es un servicio de paratransito de recorrido compartido, puerta a puerta, que requiere reservaciones el día anterior al que desea viajar. Access es comparable a los buses y trenes en el Condado Los Ángeles, incluso en los días y horas de servicio, así como en el área de servicio. El servicio se ofrece dentro de un área de 3/4 de milla a cualquier lugar de una ruta fija de bus o línea de trenes. Las tarifas de Access se basan en la distancia que usted recorre. Visite nuestro sitio web en [accessla.org](http://accessla.org) para obtener información de tarifas.

La elegibilidad para Access se basa en su capacidad de utilizar buses y trenes accesibles en el Condado Los Ángeles. La elegibilidad no se basa exclusivamente si usted tiene una discapacidad.

**Si desea este documento en un formato accesible alternativo, comuníquese con Servicio al Cliente de Access:**

**1.800.827.0829**

**TDD 1.800.827.1359**

**access**

## Otros Recursos de Transporte

El condado Los Ángeles tiene buses y trenes y otros servicios de "rutas fijas" que son accesibles para personas con discapacidades y no requieren ningún tipo de reservación. No importa su modo de transporte, todos los buses y trenes están equipados con las características de acceso de ADA como elevadores o rampas, espacios de fijación, asientos designados por prioridad, anuncios de paradas, anuncios de audio, pasamanos, iluminación y operadores capacitados para asistir a los pasajeros con discapacidades.

Para obtener más información sobre las rutas de buses y trenes, horarios o tarifas reducidas en el condado Los Ángeles, visite [metro.net](http://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 su búsqueda de otras opciones de transporte que satisfagan sus necesidades y puede ser menos costoso que el paratransito. Llame a Servicio al Cliente de Access al **1.800.827.0829 (TDD 1.800.827.1359)** o visite [accessla.org](http://accessla.org).

## Cómo Solicitar Access

Access requiere de una evaluación en persona para quienes lo solicitan por primera vez, en algunos casos, para quienes están renovando su elegibilidad.

Con el fin de garantizar que Access cuente con la información necesaria para tomar la decisión correcta, complete los pasos siguientes:

- 1 Complete la solicitud y envíe por correo la parte escrita completa de la solicitud en el sobre adjunto.
- 2 El Centro de Elegibilidad de Access podría llamarle antes de su cita para cualquier aclaración.
- 3 Siete (7) días calendario después de que envíe el formulario de solicitud, llame al Centro de Programación de Elegibilidad de Access al **626.532.1616 (TDD 626.532.1620)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. para programar su evaluación en persona. No llame antes del período de siete (7) días calendario.

Si necesita que lo lleven a su evaluación en persona, Access lo transportará sin costo. Cuando programe su evaluación en persona, informe a la persona que hace la reservación que usted necesita transporte.

## La Evaluación En Persona

- > Si aplica, traiga su dispositivo de movilización primario que va a utilizar cuando salga a la comunidad.
- > Si necesita asistencia, pida a alguien que le acompañe.
- > Traiga una identificación vigente con fotografía. Access acepta las siguientes formas de identificación con fotografía:
  - a. Licencia de conducir o identificación con fotografía emitida por otro estado
  - b. Identificación militar
  - c. Pasaporte de Estados Unidos
  - d. Tarjeta de identificación de tarifa reducida LACTOA
  - e. Tarjeta de identificación de tarifa reducida con fotografía de otro operador de tránsito
- > Traiga cualquier documento/ información médica que respalde la información de su solicitud.
- > Durante su cita, un evaluador de movilidad le realizará una evaluación en persona. La evaluación incluye una entrevista así como evaluación de funcionamiento físico o una evaluación de funcionamiento cognitivo, si fuera necesario. El evaluador de movilidad examinará sus aptitudes funcionales necesarias para transportarse en buses y trenes.
- > Si el evaluador de movilidad 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](http://dredf.org) o al llamar directamente a Servicio al Cliente de Access al **1.800.827.0829 (TDD 1.800.827.1359)**.

# Solicitud de Evaluación de Tránsito de Access

## 1 Información Personal

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

**Requerido:** Si usted no tiene un número de identificación de Access, por favor llame a Servicio al Cliente o visite [eligibility.accessla.org/scheduler](http://eligibility.accessla.org/scheduler)

Apellido

Segundo nombre

Nombre

Número de identificación de Medi-Cal (opcional):

No tengo número de Medi-Cal

Fecha de nacimiento

Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección postal del domicilio

Número de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal (si es distinta a la dirección de su domicilio)

Número de apartamento

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono del domicilio  
TDD  Sí  No

Número de teléfono alternativo  
TDD  Sí  No

Número de teléfono celular

Email

## 2 Contacto de Emergencia

Nombre

---

Relación

---

Número de Teléfono del Domicilio

Número de Teléfono Alternativo

## 3 Uso Actual del Transporte Público

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

---

¿Con qué frecuencia utiliza el bus o tren de ruta fija?

A diario  Semanalmente  Mensualmente  Actualmente no lo uso

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

---

Entrenamiento para aprender como tomar el transporte publico (ruta fija) en la region de Los Angeles esta disponible. ¿Desea más información sobre este entrenamiento para viajar?  Sí  No

## 4 Información de Condición Médica/Discapacidad

Describa su discapacidad o condición médica que disminuye su capacidad de viajar en un bus o tren:

---

---

---

¿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? \_\_\_\_\_ meses

¿Actualmente recibe algún tratamiento?  Sí  No

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

---

---

---

¿Vive en un centro de enfermería o residencia asistida?  Sí  No

¿Necesita que alguien le acompañe para ayudarlo cuando viaja (un asistente de cuidados o asistente personal)?

Sí  No  A veces

¿Cuál es su asistencia de movilidad primaria? (Si aplica)

- Silla de ruedas motorizada  Silla de ruedas manual  Carrito motorizado  
 Andador  Bastón  Muletas  
 Aparatos ortopédicos  Prótesis  Oxígeno portátil  
 Bastón blanco  Tablero de comunicación  
 Otros: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su asistencia de movilidad secundaria? (Si aplica)

- Silla de ruedas motorizada  Silla de ruedas manual  Carrito motorizado  
 Andador  Bastón  Muletas  
 Aparatos ortopédicos  Prótesis  Oxígeno portátil  
 Bastón blanco  Tablero de comunicación  
 Otros: \_\_\_\_\_

¿Utiliza un animal de servicio?  Sí  No

Si utiliza una silla de ruedas o carrito, ¿cuál es el ancho, longitud y peso del aparato con usted en él?

Ancho: \_\_\_\_\_ pulgadas      Longitud: \_\_\_\_\_ pulgadas      Peso: \_\_\_\_\_ libras

**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.

En las mejores condiciones, ¿qué tan lejos puede llegar en el exterior (utilizando su dispositivo de movilidad, si necesita uno) y sin la ayuda de otra persona?

Menos de 1 cuadra       1 a 4 cuerdas       Más de 4 cuerdas

Proporcione cualquier otra información sobre su discapacidad o condición de salud:

---

---

---

5

## Certificación

Por este medio certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, la información que se proporciona en esta solicitud es verdadera. Yo acepto someterme a una evaluación en persona de mis aptitudes y limitaciones funcionales con el propósito de tomar una decisión relacionada con mi elegibilidad para servicio de paratransito de ADA.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que solicita/persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

## 6 Persona Responsable

Si necesita que alguien más tome decisiones y actúe en su nombre, puede designar a esa persona como parte responsable.

Nombre

Relación con la persona que solicita

Agencia (si aplica)

Teléfono del domicilio

Otro teléfono

Firma de la persona responsable

Fecha

## 7 Autorización para Divulgar Información

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a mi profesional de atención médica para que divulgue cualquiera y toda la información sobre mi discapacidad o condición de salud y cómo afecta mi capacidad funcional de viajar. Yo entiendo que el personal de Access o el contratista de certificación de ADA pueden comunicarse con el profesional de atención médica que completó la verificación para confirmar esta información. Yo entiendo que toda la información médica será estrictamente confidencial.

Firma de la persona que solicita/persona responsable

Fecha



## 8 Información de Contacto del Profesional de Atención Médica

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

Los siguientes profesionales de atención médica certificados están autorizados para proporcionar información aclaratoria:

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

---

Nombre del profesional de atención médica

---

Nombre de la institución/centro/agencia

---

Especialización

---

Dirección postal

---

Oficina número

---

Ciudad

---

Estado

---

Código postal

---

Número de teléfono

---

Otro número de teléfono

---

Número de fax

access

**Access Eligibility Center**  
5747 Rickenbacker Rd  
Commerce, CA 90040



Su información de servicios  
de Access está aquí.

access