

RideKC FREEDOM

RideKC Freedom es un programa de transporte complementario que ofrece servicios de transporte para ADA y no ADA en toda la región de Kansas City. El servicio de transporte es un servicio de transporte público de reserva anticipada, compartido de origen a destino. Al solicitar estos servicios, asegúrese de completar toda la solicitud.

Servicio de transporte complementario para personas con discapacidades según ADA

Los servicios de transporte complementarios según la ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) están disponibles para clientes que no pueden usar los servicios de RideKC de autobús de ruta fija y tranvía a causa de su discapacidad. Las cuestiones tales como el diagnóstico, la edad, la distancia a la parada del autobús, la falta de servicio de autobús, los vehículos superpoblados, la incapacidad de conducir, las finanzas personales, la inconveniencia y/o las molestias no son fundamentos exclusivos para determinar la elegibilidad para los servicios de transporte.

Servicio de respuesta a demanda no amparado por ADA

Los servicios de respuesta a demanda no amparados por ADA se ofrecen en KCMO, KCKS, Independence y Johnson County. Cada área tiene su propio requisito de residencia, área de servicio y precios. Esa información se proporciona dentro de una guía de viaje. A continuación hay algunas pautas generales:

- KCMO, KCKS y Independence - Si tiene 65 años o más y/o tiene una discapacidad Y vive en Kansas City, MO o Kansas City, KS, podría calificar para el servicio no amparado por ADA en estas áreas.
- Independence, MO - Si tiene 60 años o más Y vive en Independence, MO, podría calificar para el servicio no amparado por ADA.
- Johnson County, KS - Si tiene 65 años o más, tiene una discapacidad y/o califica para asistencia por bajos ingresos, Y vive en el condado de Johnson, KS, podría calificar para los servicios Special Edition (edición especial) del servicio de Transporte del condado de Johnson.

La información obtenida en esta solicitud se usará para determinar su elegibilidad utilizando los estándares establecidos por la ADA y otros programas. Su información podría compartirse con una fuente de elegibilidad independiente o servicio de capacitación sobre traslados.



¿Preguntas? Llame al 816-842-9070 y presione la opción de Elegibilidad o envíe un correo electrónico a eligibility@kcata.org.

Cómo solicitar servicios de traslado para personas con discapacidades:

1. Revise la información de elegibilidad en esta solicitud
2. Si tiene una discapacidad y considera que califica:
 - a. Complete la Parte A de la solicitud
 - b. Haga que un profesional médico que conozca su condición de salud o discapacidad y sus capacidades y limitaciones funcionales complete la Parte B de esta solicitud.
 - c. **Cuando haya completado ambas secciones, envíe su solicitud por correo electrónico a eligibility@kcata.org o envíe su solicitud por correo a: RideKC Freedom Eligibility, 1200 E. 18th Street, Kansas City, MO 64108**
3. Si califica según su edad (se hace referencia en la página 1):
 - a. Complete la primera página de la Sección A.
 - b. **Debe incluir un comprobante de edad y una foto para calificar y obtener una identificación con foto.**
 - c. Puede presentar su solicitud de no-ADA usando uno de los siguientes métodos:
 - d. Envíe la solicitud por correo, su comprobante de edad y su fotografía a: RideKC Freedom Eligibility, 1200 E. 18th Street, Kansas City, MO 64108
 - e. Envíe la solicitud por correo electrónico, su comprobante de edad y su fotografía a: eligibility@kcata.org.

No se requiere una entrevista telefónica de movilidad para las solicitudes basadas en la edad. Las solicitudes incompletas retrasarán el procesamiento.

****Qué sucede en mi entrevista telefónica:**

1. En su entrevista de movilidad, se reunirá con un especialista en movilidad y responderá preguntas sobre su discapacidad y cómo afecta su capacidad para viajar en el sistema de rutas fijas.
2. Si no ha sido contactado por un especialista en movilidad dentro de los 10 días hábiles para enviar su solicitud por correo, comuníquese con elegibilidad en eligibility@kcata.org o llame al 816-842-9070 y presione Elegibilidad.

Se le notificará por carta sobre su elegibilidad para el servicio para el cual presenta la solicitud dentro de los 21 días después de terminado el proceso. Si ha presentado una solicitud para servicios ADA y no

RideKC FREEDOM

recibe noticias nuestras en un plazo de 21 días, llame y le proporcionaremos el servicio hasta que se haga la determinación de su solicitud.

Si le negaran la elegibilidad para el servicio de traslado sin condiciones para personas con discapacidades según ADA, tiene derecho a apelar. En su carta se incluirá la información relacionada con el proceso de apelación.

¿Preguntas? Llame al 816-842-9070 y presione la opción de Elegibilidad o envíe un correo electrónico a eligibility@kcata.org.

Esta solicitud se encuentra disponible en formatos alternativos. Si desea asistencia, llame al 816-842-9070.

Parte A: Información y divulgación del solicitante

Solicitud nueva

Recertificación

Si es una recertificación, número de ID de cliente: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Últimos 4 dígitos del N.º

de S. S.: _____

Sexo:

Masculino

Femenino

Estado de veterano

Soy veterano

No soy veterano

Dirección física:

Ciudad/estado/código

postal: _____

Dirección física:

Ciudad/estado/código

postal: _____

Número de teléfono:

Número de teléfono

alternativo: _____

Dirección de correo

electrónico: _____

Origen étnico: Marque la elección más apropiada

Indígena americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Hispano o latino

Nativo americano o isleño del Pacífico

Blanco

Otro

Prefiere no contestar

Idioma principal: _____

Indique si necesita que se le envíe información escrita en un formato alternativo:

Letras grandes

Formato electrónico

Otro: _____

Proporcione el nombre de un contacto local que se pueda llamar en caso de emergencia

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Relación: _____

Tiene una discapacidad o afección de salud que le impide usar autobuses de ruta fija o el tranvía?

No, solicito el servicio basado solo en mi edad.

Complete los números 3 y 4 a continuación; no necesita completar las otras secciones de la solicitud. Debes adjuntar copia de documentación de tu edad. Devuelva este formulario y la documentación a la dirección que figura en la página 2.

Sí, estoy solicitando el servicio de traslado para personas con discapacidades según ADA.

Continúe – debe completar toda la solicitud.

Discapacidad y limitación

1. ¿Describa la discapacidad o condición de salud que le impide usar el sistema de autobuses de ruta fija y tranvías:

2. ¿Es la discapacidad o condición de salud temporal?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo piensa que le impedirá el uso del sistema de autobuses de ruta fija y tranvías?

3 ¿Alguna vez necesita llevar a alguien para que lo ayude cuando viaja (un asistente de atención personal o una persona que lo atiende)?

Sí No

4 ¿Utiliza alguna de estas ayudas o equipo para movilizarse? (marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco | <input type="checkbox"/> Escúter/carro de 3 ruedas | <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico para pierna | <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Aparato ortopédico | <input type="checkbox"/> Animal de servicio | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas con motor | <input type="checkbox"/> Prótesis | |
| <input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>): | <hr/> | | |

5. ¿Le interesa recibir servicio de capacitación sobre traslados para aprender a viajar en el servicio de autobús de ruta fija y tranvías?

Sí

No

Certificación

Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. El propósito de esta solicitud es determinar si califico para usar estos servicios. Entiendo que la falsificación de la información podría dar como resultado la pérdida de los servicios de traslado para personas con discapacidades, así como también sanciones establecidas por ley.

Acepto notificar a la agencia de transporte si mi condición cambiara, si mi dispositivo para movilizarme cambia o es reemplazado o si ya no necesito el servicio de traslado para personas con discapacidades.

Firma del solicitante: _____

Si esta solicitud fue completada por una persona diferente a la persona que solicita la certificación, la persona que completa la solicitud debe proporcionar lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono alternativo: _____

Firma del solicitante: _____

Relación con el solicitante: _____

Autorización para divulgar información

Yo autorizo al profesional que ha completado la certificación de proveedor de atención médica a divulgar, a la organización que determina la elegibilidad, información sobre mi discapacidad o condición de salud y su efecto sobre mi capacidad de trasladarme en un sistema de ruta fijo. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que toda la información médica que se proporciona sobre mi discapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Note to Healthcare provider: Part B: Healthcare Provider Certification is available in Spanish and English. Spanish: Page 6-7, English: Page 8-9

Nota para el proveedor de atención médica: Parte B: la certificación del proveedor de atención médica está disponible en español e inglés. Español: Página 6-7, Español: Página 8-9

Parte B: Certificación del proveedor médico

Su paciente ha solicitado la determinación de elegibilidad para el servicio de transporte para personas con discapacidades. El servicio de transporte para personas con discapacidades es un servicio de transporte compartido por personas cuya discapacidad o condición de salud les impiden viajar en los servicios de autobús de ruta fija todo el tiempo o parte del tiempo. Como el proveedor de atención a la salud del solicitante, usted está especialmente calificado para aclarar sus capacidades funcionales y sus limitaciones para viajar en el servicio de ruta fija con adaptaciones de acceso. A fin de ayudarnos a determinar las capacidades funcionales de este solicitante, le pedimos que complete y certifique las siguientes preguntas. Sírvase detallar en qué forma la discapacidad o condición de salud del solicitante afectan su capacidad para viajar en forma independiente en el sistema de ruta fija con adaptaciones de acceso. Sea lo más específico posible. Si tiene preguntas sírvase llamar al 816-842-9070.

Nombre del solicitante:

Nombre del proveedor de atención a la salud:

Número de licencia:

Estado de emisión:

Dirección:

Ciudad/estado/código postal:

Teléfono:

1. Diagnóstico escrito:

2. Código ICD-9CM:

3. Código DSM:

4. ¿Por cuánto tiempo ha trabajado con este paciente: _____

5. ¿Es la discapacidad o condición de salud...? Temporal Permanente

a. Si es temporal, sírvase proporcionar la mejor estimación de tiempo de recuperación: _____

b. Si es permanente, ¿es la discapacidad o condición de salud progresiva?

Sí

No

6. Si el solicitante tiene una discapacidad visual, indique la agudeza visual en cada ojo:

Ojo izquierdo: _____ Ojo derecho: _____

7. ¿De qué forma la discapacidad o condición de salud del solicitante afectan su capacidad de viajar en forma independiente en el sistema de ruta fija con adaptaciones de acceso?

8. A su leal saber y entender, ¿el solicitante tiene una discapacidad de juicio e inhibición que le impide viajar en forma independiente fuera del hogar o su entorno inmediato?

Sí

No

9. A su leal saber y entender, ¿su cliente tiene un problema de memoria a corto o a largo plazo?

Sí

No

10. ¿Las temperaturas extremas afectarían la capacidad de este solicitante de viajar en el sistema de ruta fija con adaptaciones de acceso?

Sí

No

11. Según su opinión médica, ¿qué otros factores relacionados con la o las discapacidades del solicitante afectan su capacidad para viajar en el sistema de ruta fija con adaptaciones de acceso?

Por este medio certifico que la información que antecede es verdadera y correcta.

Firma (*puede ser electrónica*):

Fecha:

Part B: Healthcare Provider Certification

Your patient has requested eligibility for paratransit service. Paratransit service is a shared ride service for people whose disability or health condition prevents them from riding the fixed route system all or part of the time. As the applicant’s healthcare provider, you are uniquely qualified to clarify his or her functional abilities and limitations to ride the accessible fixed route service. In order to help us determine this applicant’s functional abilities, we require that you complete and certify the following questions. Please detail how the applicant’s disability or health condition impacts their ability to travel independently on the accessible fixed route system. Please be as specific as possible. For questions, please call 816-842-9070.

Applicant’s Name: _____

Name of Health Care Provider: _____

License Number: _____ State Issued: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Phone: _____

1. Written Diagnosis: _____

2. ICD-9CM Code: _____

3. DSM Code: _____

4. How long have you worked with this applicant: _____

5. Is the disability or health condition: Temporary Permanent

a. If temporary, please give the best estimate of recovery time: _____

b. If permanent, is disability or health condition progressive: Yes No

6. If the applicant has a visual disability, what is their visual acuity in each eye:
Left Eye: _____ Right Eye: _____

7. How does the applicant's disability or health condition impact their ability to travel independently on the accessible fixed route system?

8. To your knowledge, does judgment and inhibition impairment prevent the applicant from independently traveling outside the home or immediate environment?

Yes No

9. To your knowledge, does your client have any short-term or long-term memory problem?

Yes No

10. Would extremes in temperatures affect the applicant's ability to ride the accessible fixed route system?

Yes No

11. In your medical opinion, what other factors related to the applicants disability(ies) affect his/her ability to ride the accessible fixed route system?

I hereby certify that the above information is true and correct.

Signature (*can be electronic*): _____

Date: _____