

# Departamento de Transporte en Detroit Solicitud para MetroLift ADA Paratrásito



## ¿Qué es Detroit MetroLift?

Detroit MetroLift es el Servicio de Paratrásito obligatorio de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) del Departamento de Transporte de Detroit (DDOT). Es una reserva avanzada, servicio de origen a destino que se proporciona en función de la incapacidad del solicitante de utilizar el servicio de autobús de ruta fija de DDOT debido a una limitación funcional. En circunstancias especiales o previa solicitud, un conductor proporcionará asistencia puerta a puerta. Se necesita una solicitud que incluya un formulario de verificación profesional para determinar la elegibilidad.

Las horas de operación del servicio de transporte público ADA de Detroit MetroLift son comparables al servicio de autobús de ruta fija. La tarifa de ida es de \$ 2.50. El área de servicio de paratrásito incluye cualquier dirección que mida  $\frac{3}{4}$  de milla o menos desde una parada de autobús de ruta fija del DDOT.

## ¿Qué es ADA (o “ADA Paratransit”)?

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 es una ley que prohíbe la discriminación contra

las personas con discapacidades en las áreas de empleo, instalaciones públicas y servicios públicos como el transporte. La Administración Federal de Transporte requiere que el servicio de paratrásito complementario esté disponible para las personas que, debido a una discapacidad, no pueden usar el sistema regular de autobuses de ruta fija.

## ¿Quien es elegible?

La elegibilidad para el servicio de paratrásito de Detroit MetroLift ADA se basa en la incapacidad funcional de una persona para abordar, viajar y / o desembarcar de forma independiente de un autobús de ruta fija accesible. La elegibilidad para el paratrásito no incluye a las personas a las que les resulta incómodo o difícil viajar en autobús. La elegibilidad se basa en la limitación funcional de una persona, no en un diagnóstico médico.

## Elegibilidad incondicional

La discapacidad o condición de salud de una persona que le impide usar autobuses de ruta fija, la califica para el servicio de ADA Paratransit para todos los viajes.

# Departamento de Transporte en Detroit Solicitud para MetroLift ADA Paratrásito



## Elegibilidad condicional

Los pasajeros condicionales usan los autobuses de ruta fija para algunos de los viajes y califican para el servicio de ADA Paratransit para otros viajes. Luego, la elegibilidad para el paratrásito se determina viaje por viaje dependiendo de la discapacidad y las barreras ambientales que pueden impedir el uso del servicio de tránsito de ruta fija. Si el DDOT determina que usted es elegible condicionalmente, identificaremos todas las condiciones que afectan el viaje.

## Elegibilidad temporal

La elegibilidad temporal es para personas con una condición o discapacidad que les impide temporalmente utilizar el sistema de ruta fija durante un período de tiempo limitado.

## Cómo aplicar

Usted, o una persona de su elección, puede completar la solicitud para el servicio de transporte público ADA de Detroit MetroLift. Los solicitantes deben completar la solicitud adjunta y el Formulario de verificación profesional (debe ser completado por un profesional autorizado) en su totalidad. Las solicitudes se procesan dentro de los 21 días

posteriores a su recepción. Si no se puede determinar la elegibilidad dentro de los 21 días, el solicitante podrá utilizar el servicio hasta que se complete una determinación final. Las solicitudes incompletas pueden tardar más en procesarse o pueden devolverse. Una vez que se revisa la solicitud, el solicitante recibirá una carta de determinación junto con instrucciones sobre cómo proceder.

## Renovaciones

La elegibilidad se puede otorgar por hasta tres años. Las solicitudes de renovación deben enviarse al menos 30 días antes de la fecha de vencimiento del período de elegibilidad del solicitante.

## Derecho a apelar

Las personas que no estén de acuerdo con la determinación de su estado de elegibilidad pueden apelar la decisión. Las apelaciones formales deben solicitarse dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se envió el aviso de denegación. Las decisiones de apelación se toman dentro de los 30 días posteriores a la revisión.

# Departamento de Transporte en Detroit Solicitud para MetroLift ADA Paratrásito



## Visitantes

Si planea visitar el área de Detroit y es elegible para los servicios de paratrásito de otra agencia, es posible que se le otorgue una presunta elegibilidad para utilizar los servicios de paratrásito hasta por 21 días dentro de un año.

Envíe los formularios completados a:  
Departamento de Transporte de Detroit  
ATTN: División de tarifas especiales  
100 Mack Ave  
Detroit, MI 48201

Nota: Se rechazarán las solicitudes que no estén acompañadas de una copia de identificación válida, número de teléfono, dirección y formulario de verificación profesional completo.

# Departamento de Transporte en Detroit Solicitud para MetroLift ADA Paratransito



Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento/unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Núm. de ID del estado de Michigan/Licencia de conducir: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la limitación funcional que le califica para el servicio paratransito?

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

¿Es esta condición temporal?  Si  No

¿Necesita una silla de ruedas?  Si  No

¿Usted requiere un asistente de cuidado personal?  Si  No

¿En qué forma le impide su capacidad funcional de ir a una parada de ruta fija del autobús, esperar en una parada de autobús de ruta fija o ir en una ruta fija de autobús de programación regular?

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

# Departamento de Transporte en Detroit Solicitud para MetroLift ADA Paratrásito



¿Hay algún otro efecto de su condición que deberíamos saber?

---

---

---

Por favor marque la ayuda(s) de movilidad que utiliza:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica/scooter | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Bastón para ciegos     | <input type="checkbox"/> Otro tipo de bastón               | <input type="checkbox"/> Caminador/andador  |
| <input type="checkbox"/> Muletas                | <input type="checkbox"/> Férulas                           | <input type="checkbox"/> Ninguno            |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____            |  |   |

¿Cuántos cuerdas puede caminar o ir en silla de ruedas?

- Menos de 1       1       2       3       4 o más

¿Usted necesita información proporcionada en un formato o idioma alternativo?     Si     No

¿Estaría usted interesado en aprender como recorrer las rutas fijas del autobús DDOT?     Si     No

Otras necesidades especiales (por favor explique):

---

---

---

---

# Departamento de Transporte en Detroit Solicitud para MetroLift ADA Paratránsito



## CONTACTO DE EMERGENCIA

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Doy fe de que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. También entiendo que cualquier parte de la información anterior que se encuentre que ha sido falsificada intencionalmente será causa de la inmediata terminación y será informada directamente al Departamento de Transporte en Detroit.

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

Nota: Las solicitudes que no sean acompañadas por una copia válida de identificación, número de teléfono, dirección, y con el Formulario de Verificación Profesional serán denegadas como incompletas.

## USO SÓLO PARA LA OFICINA

Fecha recibida: \_\_\_\_\_ Fecha admitida: \_\_\_\_\_

Personal: \_\_\_\_\_

## Atención Proveedores Médicos:

El Servicio Paratransito ADA Detroit MetroLift está diseñado para transportar a las personas quienes son funcionalmente incapaces de viajar en autobuses de rutas fijas. La información proporcionada permitirá al DDOT a hacer una evaluación apropiada de esta solicitud. Por favor responda a las preguntas a continuación concernientes al solicitante quien usa transporte público.

### Por favor marque su título profesional

- Médico–M.D., D.O.
- PT/OT
- RN/NP
- P.A., N.P.
- Especialista en rehabilitación
- Trabajador social
- Optometrista
- Quiropráctico
- Orientación certificada & especialista en movilidad

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Describa la condición del cliente y limitaciones funcionales (su respuesta debe incluir más que el diagnóstico):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



¿La condición es temporal?  Si  No

En caso afirmativo, por favor explique la duración de la condición y las circunstancias.

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Necesita el cliente un asistente de cuidado personal (PCA, siglas en inglés)?  Si  No

*Certifico bajo penalidad de perjurio según las leyes del Estado de Michigan que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta.*

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Segund nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

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

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

Licencia del estado de Michigan, certificación o registración: \_\_\_\_\_

## Autorización Para Obtener Un Médico u Otra Verificación Profesional

Para evaluar su solicitud, puede ser necesario contactar a su médico u otro profesional para confirmar la información que ha proporcionado. Por favor complete la siguiente información.

### Profesión:

- Médico     Profesional sanitario     Profesional de rehabilitación

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax de oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar si hay tiempos en los que no puedo utilizar el servicio de autobús público y por lo tanto, debo utilizar los servicios de paratransito ADA. Certifico que, lo mejor de mi conocimiento, la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en una reevaluación de mi elegibilidad.*

- Acepto los términos enumerados anteriormente.

Haz click para enviar formulario.