

**ROBERT G. CASSILLY**  
Harford County Executive  
**ROBERT S. McCORD**  
Director of Administration



**JOSEPH J. SIEMEK, P.E.**  
Director of Public Works

Estimado solicitante:

Si desea solicitar por primera vez o recertificarse para un servicio de Harford Transit LINK Mobility (Respuesta a la Demanda o Paratránsito de Cortesía de la ADA), debe completar los siguientes pasos:

- Lea y siga las instrucciones de la aplicación. Complete las Partes I, II y III de la Solicitud y haga que uno de los profesionales de la salud que lo trata, enumerados en la solicitud, complete la Parte IV.  
**Tenga en cuenta que la página 6 de la Parte II debe estar firmada y fechada por el solicitante y la página 9 de la Parte IV debe estar firmada y fechada por el profesional de la salud que lo trata.**
- Cuando todas las preguntas de las Partes I a IV estén completas:
  - Opción 1: Envíe su solicitud por correo (Partes I-IV) a la atención de: Harford Transit LINK, Dispatch Office, 1311 Abingdon Road, Abingdon, MD 21009
  - Opción 2: Envíe su solicitud por fax (Partes I-IV) al 410-679-7346
  - Opción 3: Envíe su solicitud por correo electrónico (Partes I a IV) a [hcts@harfordcountymd.gov](mailto:hcts@harfordcountymd.gov)
- Una vez que se reciba su solicitud, un miembro de nuestro equipo puede llamarlo al número de teléfono que figura en su solicitud para obtener más información.

Harford Transit LINK tiene hasta veintiún (21) días para tomar una determinación. Si no se ha tomado una determinación dentro de los 21 días, se le otorgará la elegibilidad presunta hasta que se pueda tomar una decisión sobre su elegibilidad. Si se determina que usted no es elegible o condicionalmente elegible para el servicio de Movilidad, la carta de determinación le proporcionará los detalles sobre cómo apelar la decisión. Tiene sesenta (60) días para apelar una determinación.

Puede obtener información sobre el proceso de apelación u otra información sobre nuestro servicio de movilidad visitando nuestro sitio web en [www.HarfordTransitLINK.org](http://www.HarfordTransitLINK.org).

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina de Despacho al 410-612-1620 y seleccione la opción 1.

Gracias

Equipo de Servicio al Cliente de Despacho

*Harford County Celebrates 250 Years ~ 1773-2023*



HARFORD TRANSIT LINK

410.612.1620 | 1311 Abingdon Road, Abingdon, Maryland 21009 | [www.HarfordTransitLINK.org](http://www.HarfordTransitLINK.org)

THIS DOCUMENT IS AVAILABLE IN ALTERNATIVE FORMAT UPON REQUEST



## Solicitud de transporte LINK ADA de Harford Transit

De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Harford Transit LINK ofrece un servicio de viaje compartido, reserva anticipada y origen a destino para personas discapacitadas que no pueden utilizar los servicios regulares de transporte público de ruta fija debido a sus discapacidades.

Para ser elegible para el servicio, las limitaciones funcionales de la discapacidad de una persona deben impedir el uso de autobuses de ruta fija regular. **El servicio de paratránsito no está disponible para personas que encuentren incómodo o difícil llegar hacia y desde las paradas de autobús.**

Tenga en cuenta que Harford Transit LINK ofrece dos tipos de transporte público:

1. **Los autobuses de ruta fija** brindan servicio en paradas de autobús designadas a lo largo de rutas específicas de acuerdo con horarios establecidos. Muchos autobuses de ruta fija tienen características para facilitar el viaje de las personas con discapacidades, incluidos elevadores para sillas de ruedas y pasamanos para entrar y salir del autobús.
2. **El servicio de paratránsito** es un servicio de transporte público de viaje compartido, registro avanzado, origen a destino, para personas cuya discapacidad les impide viajar en autobuses de ruta fija. Debe recibir una aprobación certificada para usar este servicio y debe llamar con anticipación para hacer una reserva para viajar.

**Las solicitudes DEBEN ESTAR CERTIFICADAS por un médico de atención médica con licencia o certificado que brinde tratamiento cada 5 años y dentro de los 30**

Su capacidad para viajar en autobuses de ruta fija se evaluará mediante el uso de esta aplicación y, en algunas circunstancias, una entrevista en persona. Cada solicitud se evaluará caso por caso, teniendo en cuenta toda la información proporcionada.

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. Se tomará una determinación dentro de los 21 días posteriores a la recepción de la solicitud y se le notificará esta decisión por escrito.

***Es fundamental que la solicitud esté completamente llena.***

**Las solicitudes incompletas e ilegibles no serán procesadas y serán devueltas. Las solicitudes deben tener firmas originales, ya que no se permiten firmas enviadas por fax o fotocopias.**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o los servicios de paratránsito, comuníquese con el supervisor de operaciones de la ADA al 410-612-1620 ext. 1.

Envíe las solicitudes de ADA completadas a: Harford Transit LINK  
1311 Abingdon Road  
Abingdon, MD 21009

**For Office Use Only**

ID#: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

(Circle) Approved / Denied by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Solicitud de transporte de la ADA**

**Parte I: Información general**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Apto o Edificio #)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_  
(Dirección) (Apto o Edificio #)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Condado)

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

SSN (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Seleccione lo que está solicitando:  ADA / Paratransit  Solo tarifa reducida

¿Es usted cliente de otro sistema de Paratransit?  No  Sí: \_\_\_\_\_  
(Nombre del sistema)

**1. Marque todas las cajas correspondientes de ayudas a la movilidad o equipos que utiliza actualmente.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón para caminar                           | <input type="checkbox"/> Caminante                             | <input type="checkbox"/> Scooter/Carro Motorizado     |
| <input type="checkbox"/> Bastón ortopédico (3-4 puntas)                | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio/Guía               | <input type="checkbox"/> Respirador/Tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica                     | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual                | <input type="checkbox"/> Otro                         |
| <input type="checkbox"/> Bastón largo blanco (con discapacidad visual) | <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | <input type="checkbox"/> Ninguno                      |

**2. ¿Has utilizado alguna vez nuestros servicios de ruta fija?**

- Sí, normalmente conduzco \_\_\_\_\_ veces a la semana  
 Sí anteriormente, pero dejé de hacerlo porque: \_\_\_\_\_  
 No, nunca he utilizado los servicios de ruta fija de Harford Transit LINK  
 No, pero me interesaría aprender a usar su servicio regular

**3. ¿A qué distancia de tu casa está la parada de autobús más cercana? (1 cuadra = 440 pies)**

- Menos de 1 cuadra       1-2 cuadras       3-4 cuadras  
 5 o más cuadras       No lo sé

**4. Por su cuenta, o usando su dispositivo de asistencia, ¿qué distancia puede recorrer en terreno llano?**

- Puedo llegar a la acera frente a mi casa/apartamento  
 Puedo viajar hasta 3 cuadras (1/4 de milla)  
 Puedo viajar hasta 6 cuadras (1/2 milla)  
 Puedo viajar hasta 9 cuadras (3/4 de milla)

**5. SIN la ayuda de otra persona, ¿puedes:**

- Pida, comprenda y siga instrucciones escritas o habladas:       Sí  No  
 A veces *Si a veces, explique:* \_\_\_\_\_
- Cruce la calle, ya sea solo o con un dispositivo de asistencia:       Sí  No  
 A veces *Si a veces, explique:* \_\_\_\_\_
- Póngase de pie durante 30 minutos si no hay lugar para sentarse:       Sí  No  
 A veces *Si a veces, por favor explique:* \_\_\_\_\_
- Subir y bajar de una acera desde la acera:       Sí  No  
 A veces *Si a veces, por favor explique:* \_\_\_\_\_
- Sube y baje tres escalones si hay un pasamanos:       Sí  No  
 A veces *Si a veces, por favor explique:* \_\_\_\_\_
- Párese en un autobús en movimiento si se agarra a un pasamanos:       Sí  No  
 A veces *Si a veces, por favor explique:* \_\_\_\_\_

6. Explique cómo su discapacidad le impide usar los servicios de ruta fija de Harford Transit LINK:  
*La falta de respuesta dará lugar a retrasos en el procesamiento de la solicitud o a la denegación.*

Certifico lo mejor de mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es verdadera y correcta. Por la presente, autorizo el permiso al profesional de la salud con licencia que me trata para divulgar cualquier información relevante con el fin de evaluar mi elegibilidad para usar los servicios de paratránsito.

Entiendo que la aprobación de esta certificación será por un plazo de 5 años y es mi responsabilidad iniciar la recertificación dentro de los 30 días posteriores a su vencimiento.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si esta solicitud fue completada por otra persona, proporcione la siguiente información.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Agencia o Clínica (si aplica): \_\_\_\_\_

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

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

Esta parte **DEBE SER COMPLETADA** por un profesional de la salud con licencia o certificado que esté proporcionando el tratamiento

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés) requiere que se provea servicio de paratránsito a **cualquier persona que no pueda usar el sistema de tránsito regular, debido a una limitación física o mental, y que viaje en un área atendida por el sistema.**

El solicitante que le ha pedido que revise y firme este formulario está buscando la elegibilidad para el servicio de transporte especializado de Paratransit. Esta solicitud tiene por objeto determinar si el solicitante puede utilizar los servicios de tránsito regular o si requiere el servicio de origen a destino.

**Los recursos para este programa son limitados, así que tenga cuidado al evaluar a este solicitante. Su evaluación debe basarse únicamente en la capacidad del solicitante para utilizar los servicios de tránsito regulares. La verificación falsa podría resultar en limitaciones de viaje para personas legítimamente calificadas para este programa.**

Revise cuidadosamente la información proporcionada por el solicitante y responda las preguntas a continuación.

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

**1. Marque todas las discapacidades que impidan al solicitante utilizar los servicios de autobús de ruta fija. Las condiciones que lo hacen difícil o incómodo no deben ser revisadas.**

#### Neuromuscular

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis            | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular      | <input type="checkbox"/> Tetraplejía                |
| <input type="checkbox"/> Amputación          | <input type="checkbox"/> Paraplejia              | <input type="checkbox"/> Espina bífida              |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/ |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Poliomielitis           | Lesión cerebral                                     |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____        |  |   |

#### Cardiovascular/Respiratorio

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis             | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Trombosis (crónica) |
| <input type="checkbox"/> Asma                         | <input type="checkbox"/> Enfisema                          | <input type="checkbox"/> Otros: _____        |
| <input type="checkbox"/> Obstructivo Pulmonar Crónico | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón                 |  |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística            | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica    |  |

#### Cognitivo/Psicológico

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Traumatismo         | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Autismo   | <input type="checkbox"/> craneoencefálico    | <input type="checkbox"/> Otros: _____  |
| <input type="checkbox"/> Demencia  | <input type="checkbox"/> Trastorno de pánico |  |
|                                    | <input type="checkbox"/> Fobia               |  |

{continuación, direcciones en la página anterior)

Medicina general

<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> Epilepsia (grave)	<input type="checkbox"/> Trastorno de la piel
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Diabetes (grave)	<input type="checkbox"/> Lupus	

Medicina general

Cataratas	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Ambos	Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Ambos
Glaucoma	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Ambos	Retinopatía	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Ambos
Legalmente ciego	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Ambos	Totalmente ciego	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Ambos
Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> Ambos	OTRO: _____		

2. ¿Qué discapacidad le impide al solicitante viajar en el sistema regular de autobuses? Se requiere un diagnóstico detallado. Sea lo más específico posible sin utilizar códigos de diagnóstico.

3. Describa cómo esta discapacidad afecta la capacidad funcional del solicitante para viajar en el sistema regular de autobuses:

4. ¿Esta condición es permanente o temporal? Si es temporal, ¿cuál es la duración prevista?

5. ¿La discapacidad del solicitante requiere que viaje con un asistente?

Sí    No    A veces (sírvase indicar situaciones específicas)

6. ¿El solicitante puede viajar hacia y desde una parada de autobús?  Sí  No

(en caso negativo, indique todas las que correspondan):

- No puede negociar si la calle o la acera son demasiado empinadas.
- No puede viajar si no hay cortes en las aceras.
- No puede cruzar calles e intersecciones concurridas.
- No tolera temperaturas extremas.
- No puede ubicar la parada de autobús debido a una discapacidad visual.
- No puede esperar afuera sin soporte durante 15 minutos.
- Se confunde fácilmente y puede perderse.
- Otro: \_\_\_\_\_

7. Indique la capacidad de la persona para realizar de forma independiente las siguientes funciones utilizando la ayuda a la movilidad más eficaz.

	Poca o ninguna dificultad	Malestar y algunos dificultad	Dolor intenso y dificultad	Imposible y probable que cause Crisis médica
Encuentra tu propio camino a casa entre Lugares conocidos				
Manejar dinero o tickets				
Proporcionar la dirección y los números de teléfono cuando se le solicite.				
Reconocer un destino o hito				
Pida, comprenda y siga instrucciones				
Recorrido 200 pies (cuadra de la ciudad)				
Recorrido 1/4 de milla (tres cuadras)				
Hacer frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina				
Viaje de manera segura y efectiva a través de multitudes e instalaciones complejas				

**Las solicitudes con información ilegible o incompleta serán devueltas.  
Utilice el sello del consultorio médico si está disponible.**

**Persona que Completa la Certificación:** \_\_\_\_\_

**Título Profesional:** \_\_\_\_\_

**Licencia/Certificación #:** \_\_\_\_\_

**Dirección Comercial:** \_\_\_\_\_

**Clínica o Agencia:** \_\_\_\_\_

**Teléfono Comercial:** \_\_\_\_\_

**Verifico que la información proporcionada para la verificación sea verdadera y correcta.**

---

(Firma)

---

(Nombre en letra de imprenta)

---

(Fecha)