

Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Hoja Informativa

Gracias por solicitar información sobre elegibilidad, para SunLine Transit ADA Paratransito elegibilidad. SunLine ofrece múltiples opciones de transporte público para personas con discapacidad. La elegibilidad para estos servicios se basa en la capacidad funcional de un individuo para usar el servicio de ruta fija SunLine (SunBus).

SunLine funciona con rutas fija de autobuses que transportan personas con discapacidades físicas, cognitivas y visuales a diario. **Todos los autobuses SunLine son equipados con ADA accesible características, como autobuses de piso bajo, ascensores/rampas, audio anuncios, áreas de asientos prioritarios designados para personas con discapacidades, señalización mejorada, arrodillado autobuses y rieles/barandillas de mano.**

SunLine también proporciona el SunDial Access Paratransito Servicio para clientes con discapacidades que son funcionalmente incapaces de usar la SunLine ruta fija servicios de autobús. Si es funcionalmente incapaz de usar el servicio de autobús de ruta fija, puede ser elegible para el servicio de SunDial. SunDial es un servicio de paratransito de transporte público para clientes con discapacidades que son incapaces de usar el sistema de autobuses de ruta fija. Las preocupaciones como diagnosticó, edad, distancia a la parada de autobús, falta de servicio del autobús, atestaron en autobuses o tranvías, inhabilidad de conducir, finanzas personales, inconveniencia, y/o la incomodidad no es la única base de la determinación de elegibilidad de SunDial.

SunDial es provisto de acuerdo con El Acto de Americanos con Discapacidades (ADA) y es un origen a destino, viaje compartido, previa reserve de transito público de servicio. Consistente con el ADA, el SunDial es comparable a SunLine's Sistema de ruta fija, incluyendo las características del servicio (como el rendimiento del tiempo y tiempo de viaje) y el área de servicio (3/4 de milla de una ruta fija de SunLine - SunBus).

Paratransit Service: SunDial



Fixed Route: SunBus



DEBE CUMPLIR CON LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE SUNDIAL

VIAJE
DENTRO DE LA MISMA
CIUDAD

\$1.50 SOLO IDA POR PERSONA

VIAJE
ENTRE
MÚLTIPLES
CIUDADES

\$2.00 SOLO IDA POR PERSONA



BOLETOS Y PASES

	Tarifa de Viaje Sencillo	Pase de Día	Pase de 10 Viajes	Pase de 31 Días
ADULTO	\$1.00	\$3.00	\$10.00	\$34.00
JOVEN	\$0.85	\$2.00	\$8.50	\$24.00



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Como aplicar:

1. Revise la información de elegibilidad proporcionada en esta aplicación de ADA.
2. Si usted cree que califica para los servicios de paratransito ADA:
 - a. Complete **toda la** aplicación de **paratransito ADA Parte A.**
 - b. **FIRME LA APLICACIÓN**
 - c. Tener un profesional medico familiarizado con su condición de salud o discapacidad y sus habilidades funcionales y limitaciones complete la **Forma para el Certificado de Proveedor de Cuidado de Salud - Parte B** de la aplicación. **El Formulario de verificación de atención médica** debe ser completado dentro de **60 días antes** de aplicar. (Es posible que el proveedor de atención médica no lo firme por más de 60 días antes de entregarlo).
3. Cuando haya completado ambas secciones, Partes A y B, por favor envíelas por correo a:
 - a. CORREO:

SunLine Transit Agency
c/o ADA Eligibility
32-505 Harry Oliver Trail
Thousand Palms, CA 92276

Antes de iniciar la aplicación y el proceso de certificación, entiendo que toda la información proporcionada debe ser verdadera, precisa y correcta. Por este medio certifico que, al mejor de mi conocimiento, la información dada en esta aplicación es correcta. El propósito de esta aplicación es determinar si soy elegible para usar los servicios de paratransito, o si a veces, puedo ir en el servicio de autobús en ruta fija de SunLine. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de servicios de paratransito, así como castigo por la ley.

Una solicitud incompleta será devuelta al solicitante y puede retrasar el proceso. Todas las preguntas deben ser respondidas y legibles.



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

PARTE A: Información del Solicitante y liberación de información

Datos Personales

Primer Nombre: _____ Segundo nombre: _____
Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Requiere servicios de TTD? ☐ Si ☐ No

Correo electrónico: _____

Dirección de correo/postal: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Dirección de casa: _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

☐ Nueva Aplicación

☐ Recertificación

Si es recertificación: Número de Identificación: _____ Fecha de vencimiento: _____

Por favor, danos el nombre y el número de teléfono de un amigo o pariente que podemos llamar en caso de emergencia o si no podemos comunicarnos con tu número regular:

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono: _____ Otro teléfono: _____

Relación: _____



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Uso de transito

1. ¿Utiliza actualmente ruta fija (grandes públicos) autobuses independientemente? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces

2. ¿Cuándo fue la última vez que uso el autobús de ruta fija? _____

3. ¿Con que frecuencia usa el bus de ruta fija? _____ Por mes

4. ¿Actualmente, cual autobuses de ruta fija usa? _____

5. ¿Alguna vez usted ha tenido entrenamiento de viajes para aprender como viajar alrededor en la comunidad y/o como usar los autobuses de ruta fija? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Quisiera usted obtener información acerca de entrenamiento de viajes para utilizar la ruta fija de los autobuses? ☐ Sí ☐ No

Información sobre Discapacidad/Condición de salud

Todas las preguntas deben ser contestadas.

7. Por favor, describa la incapacidad o condición de salud que le impide utilizar autobuses de ruta fija y el tranvía de servicio.

8. ¿Es una incapacidad temporal o una condición de salud? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Si la respuesta es sí, cuanto tiempo espera que le impida utilizar los autobuses de ruta fija y el servicio de tranvía?

_____ Meses



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

10. ¿Actualmente está recibiendo algún tratamiento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, marque que tratamiento le aplican a usted:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Medicamentos | ☐ Fisioterapia | ☐ Quimioterapia |
| ☐ Radioterapia | ☐ Diálisis | ☐ Psicoterapia |
| ☐ Inmovilización sin peso | ☐ Cirugía | ☐ Rehabilitación |
| ☐ Inmovilización que lleva peso | ☐ Convalecencia | |
| ☐ Otro: _____ | | |

11. ¿Cuánto tiempo va a estar recibiendo el tratamiento?

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| ☐ < 3 meses | ☐ 3-6 meses | ☐ 6-9 meses |
| ☐ 9-12 meses | ☐ > 12 meses | ☐ Duración desconocida. |

12. ¿Ha tenido una caída reciente que requirió atención médica? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es su frecuencia de caída por semana?

Si la respuesta es sí, ¿la caída ocurrió mientras usaba la ayuda de movilidad/aparato de movilidad?

☐ Sí ☐ No

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

14. ¿Alguna vez necesita que alguien le acompañe para ayudarlo cuando viaja (un “asistente de cuidados” o “asistente personal”)? ☐ Sí ☐ No

15. Utiliza alguna asistencia de movilidad? (Marca los que se aplican)

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Silla de ruedas motorizada | ☐ Silla de ruedas manual | ☐ Carrito motorizado |
| ☐ Andador | ☐ Bastón | ☐ Tablero de comunicación |
| ☐ Aparato ortopédico | ☐ Prótesis | ☐ Oxígeno portátil en carro |
| <i>Tipo de aparato ortopédico:</i> | ☐ Animal de servicio | ☐ Oxígeno portátil en bolso |
| ☐ Bastón blanco | ☐ Muletas | ☐ Ninguno |
| ☐ Otro: _____ | | |

16. ¿Si utiliza una silla de ruedas o carrito, Cual es el ancho y longitud?

Ancho: _____ pulgadas Longitud: _____ pulgadas

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

Peso: _____ libras

Si su silla de ruedas o carrito motorizado es más de 30 pulgadas de ancho por 48 pulgadas de largo y 600 libras cuando ocupado, el vehículo de paratransito de SunLine, puede ser incapaz de acomodar su viaje.



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Habilidades de Transito

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque aquellos que describen mejor las habilidades de usar ruta fija y tranvía (Marque todas las que se aplican). **Al menos una debe estar maqueado.**

- ☐ Puedo ir y regresar de la parada del autobús si la distancia no es demasiado grande.
- ☐ Puedo viajar en el autobús cuando me siento bien. Hay otras veces, cuando mi discapacidad o estado de salud empeora, que yo no puedo viajar en los autobuses.
- ☐ Tengo una discapacidad o condición de salud que me impide viajar en los autobuses y si el clima es muy caliente o frio.
- ☐ Mi discapacidad o estado de salud hace que sea imposible para viajar cuando hay nieve o hielo por la tierra.
- ☐ Puedo ir y regresar de la parada del autobús solo si hay cortes/bordillos de acera y aceras/banquetas.
- ☐ Puedo ir y venir de las paradas de autobús y encender solo si no hay colinas
- ☐ Tengo dificultad para entender o recordar todas las cosas que tendría que hacer para usar los autobuses.
- ☐ Puedo usar los autobuses si es un lugar que voy todo el tiempo.
- ☐ Nunca puedo usar los autobuses solo.
- ☐ Yo no estoy seguro si puedo utilizar los autobuses.
- ☐ Yo no soy capaz de utilizar los autobuses por otras razones.

Si marco algunas de las cajas, por favor explique: _____

Habilidades Funcionales

Las siguientes preguntas nos darán más importancia sobre sus habilidades funcionales. Por favor seleccione Siempre (S), A veces (A), o Nunca (N) en respuesta a las siguientes preguntas y proporcione una explicación.

Sin la ayuda de otra persona puede:

¿Pedir y entender las instrucciones escritas o habladas?

☐ S ☐ A ☐ N

Si a veces o nunca, por favor explique: _____

Cruzar la calle?

☐ S ☐ A ☐ N

Si a veces o nunca, por favor explique: _____

¿Reposar durante 15 minutos si no hay lugar para sentarse?

☐ S ☐ A ☐ N

Si a veces o nunca, por favor explique: _____



Aplicación para el servicio paratransito de SunDial

Certificación

Por este medio certifico que, a lo mejor de mi conocimiento, la información que se proporciona en esta solicitudes verdadera. El objetivo de esta aplicación es determinar si soy elegible para usar servicios de paratransito (SunDial), o si puedo viajar con el SunLine ruta fija de autobuses. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en una pérdida de servicios de paratransito, así como castigo por la ley. 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. Entiendo que proporcionar intencionalmente información falsa o engañosa o rechazo de una evaluación en persona es base para la determinación de inelegibilidad para los servicios y beneficios de SunDial. Me comprometo a notificar a SunLine si mi condición cambia, si estoy utilizando un nuevo dispositivo de movilidad, o si ya no necesito usar el servicio de paratransito ADA.

Firma de la persona que solicita/Persona responsable: _____

Fecha: _____

Autorización para Divulgar Información

Yo _____ autorizo a mi profesional de la salud a liberar cualquier y toda la información sobre mi discapacidad o condición de salud y como afecta mi capacidad funcional de viajar en ruta fija del servicio de SunLine (**Parte B**). Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que el personal de SunLine se puede comunicarse con el profesional de la salud que completó la verificación adjunta a esta solicitud, a fin de confirmar esta información. Entiendo que toda la información médica se mantendrá estrictamente confidencial.

Firma del solicitante/parte responsable: _____

Fecha: _____

Si alguien le ayudo a completar esta solicitud, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre (Letra de molde): _____

Agencia (Si es aplicable): _____

Relación con el solicitante: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Otro Teléfono: _____

Firma: _____

Fecha: _____



Application for SunDial Paratransit Service

Informational Sheet

Thank you for inquiring about eligibility for SunLine Transit ADA Paratransit eligibility. SunLine offers multiple public transportation options for people with disabilities. Eligibility for these service is based on an individual's functional inability to use SunLine's fixed-route SunBus service due to a disability.

SunLine operates the SunBus fixed-route service, which is designed to serve all riders, including individuals with physical, cognitive, or visual disabilities. All SunLine buses are equipped with ADA-accessible features such as low-floor entry, lifts or ramps, audio announcements, designated priority seating, enhanced signage, kneeling capability, and handrails.

SunLine also provides the SunDial Paratransit Service for customers with disabilities who are functionally unable to use the SunLine fixed-route bus services. If you are functionally unable to use the fixed-route bus service, you may be eligible for the SunDial service. SunDial is a public transportation paratransit service for customers with disabilities who are unable to use the fixed-route bus system. Concerns such as diagnosis, age, distance to bus stop, lack of bus service, overcrowded buses, inability to drive, personal finances, inconvenience, and/or discomfort are not the sole basis of SunDial's eligibility determination.

SunDial is provided in accordance with the Americans with Disabilities Act (ADA) and is an origin to destination, shared ride, advanced reservation public transit service. Consistent with the ADA, SunDial is comparable to SunLine's fixed-route bus system including service characteristics (such as on time performance and travel time) and service area (¾ mile of a regular SunLine fixed bus or route).

Paratransit Service: SunDial



SunDial FARE

MUST MEET SUNDIAL ELIGIBILITY CRITERIA	
TRAVEL WITHIN SAME CITY	\$1.50 ONE-WAY PER PERSON
TRAVEL WITHIN MULTIPLE CITIES	\$2.00 ONE-WAY PER PERSON



Fixed-Route: SunBus



SunBus FARES & PASSES

	Single Ride Fare	Day Pass
ADULT	\$1.00	\$3.00
YOUTH	\$0.85	\$2.00



Application for SunDial Paratransit Service

HOW TO APPLY:

1. Review the eligibility information supplied on this ADA application.
2. If you believe you qualify for ADA paratransit services:
 - a. Complete **entire ADA paratransit application Part A.**
 - b. **SIGN THE APPLICATION**
 - c. Have a medical professional familiar with your health condition or disability and your functional abilities and limitations complete the **Health Care Provider Certification Form – Part B** of the application. **The Health Care Certification Form** must be completed within **60 days prior** to applying. (it may not be signed by health care provider more than 60 days before turning it back in to SunLine Transit Agency.)
3. **When you have completed both sections, Parts A and B, please mail them to:**
 - a. MAIL:

SunLine Transit Agency
c/o ADA Eligibility
32505 Harry Oliver Trail
Thousand Palms, CA 92276

Before I start this application and the certification process, I understand all information provided must be true, accurate, and correct. I hereby certify that, to the best of my knowledge, information given in this application is correct. The purpose of this application is to determine if I am eligible to use paratransit services, or if at times, I can ride the SunLine fixed-route bus service. I understand that falsification of information could result in a loss of paratransit services as well as a penalty under the law.

Parts A and B must be submitted together to start the process. An incomplete application will be returned to the applicant and may delay processing. Every question must be answered and be legible.



Part B: Health Care Provider Certification

All information must be filled out.

Please note the following licensed health care professionals are authorized to fill out the application:

- Physician (MD or DO)
- Psychiatrist
- Physical Therapist
- Registered Nurse
- Ophthalmologist
- Occupational Therapist
- Psychologist
- Optometrist (visual disabilities only)
- Other licensed health care provider familiar with the applicant's condition

Your patient _____ has requested eligibility for SunDial Paratransit Service. SunDial is an origin to destination, shared ride paratransit service for people whose disabilities or health conditions prevent them from riding the fixed route accessible transportation system all, or part of the time. As the applicant's healthcare provider, you are uniquely qualified to clarify the applicant's functional abilities and limitations to ride the SunLine fixed route bus system (SunBus). In order to determine this applicant's functional abilities, we require you, the healthcare provider, to complete and certify all of the following sections. Please detail how the applicant's disability (ies) or health condition(s) impact his or her ability to board, navigate, and travel independently on the accessible fixed route system. Please be as specific as possible.

The following factors do not, by themselves, qualify a person for paratransit:

- Diagnosis
- Inability to drive
- Age
- Personal finances
- Distance to bus stop
- Inconvenience
- Lack of bus service
- Discomfort

Please be advised that all SunLine buses are equipped with ADA accessible features, such as low floor buses, lifts/ramps, audio announcements, designated priority seating areas for people with disabilities, enhanced signage, kneeling buses, and hand rails.

The information shared will be protected per the requirements identified in the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) and your patient/client has agreed in the release of information. Your patient/client has also authorized the release of further information as needed.

An incomplete application will be returned to the applicant and may delay processing. Every question must be answered and be legible.

Health Care Provider (please print): _____

Institution/Facility/Agency Name: _____

License Number: _____

State Issued: _____

Specialization: _____

Street Address: _____

City/State/Zip: _____

Phone: _____

Email Address: _____

The entire Part B form must be completed by a licensed health care provider; otherwise, the form will be denied.



Part B: Health Care Provider Certification

All information must be filled out.

- Written diagnosis(es) and ICD-9CM and/or DSM Code(s): _____
- How long have you been treating the patient? _____
- When was the last time you saw the patient? _____
- What is the expected duration of the disability? ☐ Short Term ☐ Long Term
Short Term: Conditions lasting at least 90 days but are likely to improve within one year
Long Term: Conditions with absolutely little expectation of improvement
- In your opinion, does this applicant's disability(ies) prevent him or her from independently using the accessible SunLine fixed route bus service (SunBus)?
☐ Yes (Answer question 6, if left blank, application will be denied.) ☐ No
- If yes, explain **how** the disability or health condition impacts the applicant's ability to travel independently on the accessible SunLine fixed route bus system (SunBus):

SunDial: Paratransit Service



SunDial FARE	
MUST MEET SUNDIAL ELIGIBILITY CRITERIA	
TRAVEL WITHIN SAME CITY	\$1.50 ONE-WAY PER PERSON
TRAVEL WITHIN MULTIPLE CITIES	\$2.00 ONE-WAY PER PERSON



Fixed-Route: SunBus



	SunBus FARES & PASSES	
	Single Ride Fare	Day Pass
ADULT	\$1.00	\$3.00
YOUTH	\$0.85	\$2.00



Part B: Health Care Provider Certification

All information must be filled out.

7. Does the applicant require any of the following mobility aids/devices (check all that apply):

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Powered/Electric Wheelchair | ☐ Manual Wheelchair | ☐ Powered Scooter |
| ☐ Walker | ☐ Cane | ☐ Crutches |
| ☐ Brace | ☐ Prosthesis | ☐ Portable Oxygen in Cart |
| Type of Brace: _____ | ☐ Communication Board | ☐ Portable Oxygen in Bag |
| ☐ White Cane | ☐ Service Animal | ☐ None |
| ☐ Other: _____ | | |

8. If this applicant is currently on medication(s), will the side effects significantly reduce or hinder his/her ability to independently ride the accessible SunLine fixed route bus service?

- ☐ Yes ☐ No ☐ N/A

9. If you selected yes, please explain how the side effects would hinder their ability to use the accessible SunLine fixed route bus service:

For questions 10-22, select Yes (Y), No (N), or Sometimes (S). If you answer Yes or Sometimes to questions 10-22, elaborate on how it prevents the applicant from using accessible SunLine fixed route bus service:

10. Would temperature extremes affect this applicant's ability to ride fixed route bus service? ☐ Y ☐ N ☐ S

Please Explain: _____

11. Would ice and/or snow affect this applicant's ability to ride fixed route bus service transit? ☐ Y ☐ N ☐ S

Please Explain: _____

12. Would poor air quality affect this applicant's ability to ride fixed route bus service? ☐ Y ☐ N ☐ S

Please Explain: _____

13. Does this applicant have any challenges with balance? ☐ Y ☐ N ☐ S

Please Explain: _____

14. Does this applicant have any challenges with memory? ☐ Y ☐ N ☐ S

Please Explain: _____

15. Does this applicant have any challenges with breathing? ☐ Y ☐ N ☐ S

Please Explain: _____

16. Does this applicant have any challenges with strength and endurance? ☐ Y ☐ N ☐ S

Please Explain: _____



Part B: Health Care Provider Certification

All information must be filled out.

17. Does this applicant have any challenges with ambulating on hills? ☐ Y ☐ N ☐ S
Please Explain: _____

18. Are there any visual impairments that would affect this applicant's ability to ride fixed route bus service? ☐ Y ☐ N ☐ S
Please Explain: _____

19. Are there any hearing impairments that would affect this applicant's ability to ride fixed route bus service? ☐ Y ☐ N ☐ S
Please Explain: _____

20. Does this applicant exhibit any inappropriate social behaviors? ☐ Y ☐ N ☐ S
Please Explain: _____

21. Do you have safety concerns for this applicant in using a bus by themselves? ☐ Y ☐ N ☐ S
Please Explain: _____

22. Does this applicant require a Personal Care Attendant when traveling? ☐ Y ☐ N ☐ S
Please Explain: _____

23. In your medical opinion, what other factors related to the applicant's disability(ies) affect his/her ability to ride the accessible SunLine fixed route service (SunBus)? (if left blank, application will be denied.)

I certify that I am legally licensed and am currently treating _____. The above information I have provided hereto is a fair representation of this applicant's disability(ies) or health condition(s) and is true and correct under penalty of perjury according to the laws of the State of California. I understand the information provided will be used for the sole purpose of determining the applicant's eligibility for paratransit service. I also agree that SunLine may contact me for clarification of any information I have provided and that I will reply with good faith. **I understand the information contained herein is true and correct to the best of my knowledge and ability. Any falsification could result in the client's loss of paratransit service.**

Signature: _____ **Date:** _____

Health care provider, please mail the completed Part B back to the applicant. Important: Parts A and B must be submitted together to begin the process. Once the applicant has both Part A and Part B completed, they must mail the full application to SunLine Transit Agency at the designated address. Incomplete applications will be returned. Every question must be answered clearly and legibly. SunLine staff will contact the health care provider who completed Part B to verify the information.