



Aplicación de Elegibilidad
para Dial-A-Ride
Paratransito
Revisado 04/2026

Gracias por su interés en el servicio de paratransito Dial-A-Ride de Yakima Transit. El servicio de paratransito no es un servicio de taxi. Es un servicio de transporte público puerta a puerta, de viaje compartido, para personas que tienen una discapacidad o un diagnóstico que afecta su capacidad para usar el sistema de autobuses de ruta fija. Para determinar la elegibilidad, explique cómo su discapacidad o diagnóstico afecta su capacidad para usar el sistema de autobuses de ruta fija. Es posible que califique para el servicio temporal, condicional o completo.

Para Aplicar:

- Llene la **PARTE 1 en su totalidad**, con la excepción de las preguntas identificadas como "opcionales". Agregue páginas adicionales si es necesario.
- Lea **PARTE 2** completamente. Se **REQUIERE una firma** antes de que se pueda procesar una aplicación. El aplicante, los padres de los menores, los tutores legales y/o el poder notarial deben firmar la aplicación.
- La Verificación Profesional es **PARTE 3**. Esta sección debe ser **completada y firmada por un profesional médico o de salud mental con licencia**. (Consulte la lista de profesionales aprobados en la parte superior de la página 8).
- Devuelva la aplicación completa a la dirección que aparece en el formulario. (Véase la parte inferior de la página 9.)
- Es posible que Yakima Transit necesite información específica sobre los efectos de su discapacidad. Es posible que se le pida que proporcione información adicional y/o que participe en una evaluación funcional física o cognitiva.

Su aplicación no se considerará completa hasta que se haya proporcionado toda la información solicitada a Yakima Transit.

Yakima Transit procesará su aplicación y le notificará dentro de 21 días siguientes a la recepción de su aplicación completa. Si la aplicación no se procesa dentro de los 21 días, se concede la elegibilidad presunta el día 22 hasta que la aplicación sea denegada por escrito. Si la aplicación es denegada, usted puede apelar la decisión. El Proceso de Apelación de Elegibilidad está en el sitio web YakimaTransit.org.

Previa solicitud, se producirán formatos alternativos de esta información para las personas con discapacidades. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta aplicación, llame al (509) 575-6054 o marque 711.



**DIAL-A-RIDE
PARATRANSITO
APLICACIÓN**

Revisado 04/2026

<input type="checkbox"/>	New
<input type="checkbox"/>	Recertification
ID # _____	

Por favor escribe en letra de imprenta clara

Nombre del Solicitante (Apellido, Primero, Inicial del Segundo Nombre) _____

Dirección de Recogida _____ Apto./Esp. # _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Domicillio de Correo _____ Apto./Esp. # _____
(Si es diferente de la dirección de recogida)

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono _____

Esta sección es opcional, pero la información proporcionada se utiliza con fines de identificación.

Opcional: Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____

Male _____ Female _____

Habilidad lingüística: ¿Hablas y entiendes inglés?

Sí No: si la respuesta es no, especifique el idioma hablado: _____

Contacto de Emergencia _____

Relación _____ Teléfono _____

Lo siguiente se utilizará para determinar la elegibilidad. Tenga en cuenta que la discapacidad por sí sola no determina la elegibilidad para Paratransit; La decisión se basa en la capacidad funcional del solicitante para utilizar el autobús de ruta fija y no es una decisión médica.

Es importante que se completen todas las partes de esta solicitud. Si la solicitud está incompleta, se le devolverá y se producirá un retraso.

Parte 1 Por favor, complete todas las preguntas a fondo.

1. ¿Puedes viajar en el autobús de ruta fija sin la ayuda de alguien?

Sí

No

A veces

2. ¿Qué condición(es) de salud le impedirían viajar en el autobús de ruta fija?
(Discapacidad física, cognitiva, de salud mental u otra)

3. Explique cómo su discapacidad le impide hacer cualquiera de las siguientes cosas:

a. Subir o bajar de un autobús de ruta fija equipado con rampa.

b. Cómo llegar o salir de una parada de autobús.

c. Completar con éxito un viaje en autobús.

Sé lo más claro y específico posible. Use una página adicional si es necesario.

4. ¿Sus **limitaciones** cambian de vez en cuando debido a tratamientos médicos, medicamentos u otras razones?

No

Sí, ¿Cómo?

5. ¿Las **condiciones climáticas** (como el calor, el frío, la lluvia, la nieve o el hielo) le impiden usar un autobús de ruta fija sin la ayuda de otra persona?

No

Sí, ¿en qué condiciones?

¿Cómo?

6. ¿Las **condiciones del terreno** (como colinas, superficies irregulares o bordillos) le impiden usar el autobús de ruta fija sin la ayuda de alguien?

No Sí, ¿en qué condiciones? _____

¿Cómo? _____

7. ¿Cuántos escalones puedes subir o bajar sin la ayuda de alguien?

Ninguno 1 paso 2 o mas pasos

8. Por favor, responde a las siguientes preguntas:

a. ¿Puedes estar de pie durante 10 minutos mientras esperas tu viaje?

Sí No A veces

b. ¿Puedes sentarte durante 10 minutos mientras esperas tu viaje?

Sí No A veces

c. ¿Puede pedir direcciones, entender instrucciones y seguir instrucciones?

Sí No A veces

d. ¿Puedes hacer frente a problemas inesperados o cambios en tu rutina?

Sí No A veces

e. ¿Puede reconocer puntos de referencia (es decir, banco, tienda de comestibles)?

Sí No A veces

f. ¿Puedes decir la hora?

Sí No A veces

g. ¿Se puede cruzar una calle concurrida en un paso de peatones sin la ayuda de alguien?

Sí No A veces

h. ¿Se puede usar un teléfono para hacer y recibir llamadas?

Sí No A veces

i. ¿Puedes ver lo suficientemente bien como para ir a una parada de autobús?

Sí No A veces

Siempre solo a la luz del día - Por favor, explica: _____

j. ¿Utilizas un animal de servicio para que te ayude? (Tenga en cuenta que los animales de consuelo o apoyo emocional no están permitidos en el servicio de Paratransito).

Sí No A veces

En caso afirmativo, ¿qué tipo de animal? _____

k. ¿Viajas con oxígeno portátil?

Sí No A veces

l. Si se determina que es elegible para el servicio de Paratransito, ¿deberá traer un ayudante (Asistente de Cuidado Personal - PCA) con usted?

Sí No A veces

Si marcó "a veces", por favor explíquelo (use una hoja adicional si es necesario).

9. ¿Cuál de los siguientes dispositivos de ayuda o equipo para la movilidad utiliza cuando viaja fuera de su casa? Marque **todas las** que correspondan e indique el **porcentaje de tiempo** que usa la ayuda (ejemplo: bastón de apoyo para el 90%, sin ayudas para el 10% = 100%).

<input type="checkbox"/> Sin ayudas _____%	<input type="checkbox"/> Andador _____%
<input type="checkbox"/> Bastón blanco _____%	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada _____%
<input type="checkbox"/> Bastón de apoyo _____%	<input type="checkbox"/> Scooter motorizado _____%
<input type="checkbox"/> Muletas _____%	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual _____%

Si marcó más de una casilla, explique cuándo y cómo usa las ayudas:

10. ¿Cuántas cuadras de la ciudad puede viajar de forma independiente con o sin ayuda a la movilidad?

Número de cuadras _____

Menos de una cuadra No puede viajar ninguna distancia

11. ¿Usas una silla de **ruedas** o un **scooter motorizado**?

Sí No

12. Si usas una **silla de ruedas manual**, ¿puedes autopropulsarte?

Sí, ¿Hasta dónde? Numero de cuadras _____

No, por favor explica: _____

13. ¿Cambia la distancia que puede recorrer en una **silla de ruedas manual** debido a las condiciones de salud?

Sí No Si es que si, por favor explica: _____

14. Si usas una **patinete motorizada**, ¿qué tan lejos puedes viajar afuera por su cuenta?

_____ # cuadras _____ Menos de 1 cuadra _____ No puede viajar ninguna distancia

Si una cuadra o menos, por favor explica: _____

15. Para ayudar a determinar la elegibilidad, ¿hay alguna información adicional sobre su condición o restricciones de viaje que no se haya abordado? (use una hoja adicional si es necesario)

16. ¿Usas o alguna vez has usado un autobús de ruta fija de Yakima Transit?

Sí No Si es que si, ¿qué tan reciente? _____

Si no has utilizado un autobús de ruta fija, ¿por qué?

(Marque todo lo que corresponda):

No sé cómo usar el sistema de autobuses de ruta fija.

Tengo dificultades para subir o bajar de un autobús equipado con rampa.

Tengo dificultades para viajar en rutas específicas de autobús.

Tengo dificultades para viajar hacia y desde las paradas del autobús

Tengo dificultades para reconocer las paradas de autobús.

Por favor, explica **cualquier**: _____

17. ¿Le interesaría que alguien se pusiera en contacto con usted para informarle sobre la capacitación en viajes? La capacitación en viajes ayudará a aprender cómo encontrar su parada de autobús más cercana, cómo llegar a los destinos. La capacitación en viajes es un servicio gratuito y voluntario.

Sí No En caso negativo, sírvase explicar: _____

18. ¿Puedes encontrar el camino hacia y desde la parada de autobús de ruta fija sin la ayuda de alguien?

Sí No (Si la respuesta es No, **Marque todo lo que corresponda**)

Me confundo.

No recuerdo a dónde voy.

Necesito ayuda para asegurarme de llegar a la parada.

Necesito ayuda para trasladarme a otra parada de autobús.

Otro: _____

Representante:

Si una persona que no sea el solicitante llenó esta aplicación, complete lo siguiente (**Por favor, imprima**):

Nombre _____ Teléfono diurno # _____

Relación con el solicitante _____ Agencia _____

Firma _____ Fecha _____

Parte 2: Aplicación de Servicio de Paratransito y Autorización para la Divulgación de Información

Al firmar a continuación, usted autoriza la divulgación de información de verificación y cualquier otra información a Yakima Transit o sus representantes necesarios para evaluar su elegibilidad para recibir el servicio de Paratransit.

Tenga en cuenta que Yakima Transit utilizará sus estados de cuenta para determinar su elegibilidad para el servicio de Paratransit según lo dispuesto por la ley. Las declaraciones contenidas en este documento son importantes para la determinación de Yakima Transit y Yakima Transit puede actuar en función de ellas.

Proporcionar información falsa se castiga con multa o prisión (RCW 9A-72.085 y RCW 40.16.030).

Yakima Transit puede compartir su determinación de elegibilidad con otros proveedores de transporte, previa solicitud, para facilitar el viaje en Yakima y otros distritos de tránsito.

Este formulario debe estar firmado por el Solicitante o por la persona que haya designado un poder notarial, o que sea el tutor legal del Solicitante. Si el solicitante es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar este formulario. Si el solicitante es mayor de 18 años y usted firma como apoderado o tutor legal, incluya una copia del documento de autorización.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

Solicitant

Poder notarial designado

Tutor legal

Nombre en letra de imprenta: _____ Número de contacto _____

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington, que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Los documentos utilizados por Yakima Transit con respecto a su elegibilidad para Paratransit, con la excepción de la información proporcionada por su profesional médico, pueden estar sujetos a divulgación pública en respuesta a una solicitud de registros públicos bajo el Capítulo 42.56 RCW. Yakima Transit intentará notificarle en caso de que haya una solicitud de registros públicos para sus documentos de elegibilidad.

Un profesional médico o de salud mental con licencia que esté familiarizado con usted y su discapacidad debe completar las preguntas restantes de las páginas 8 y 9 de esta solicitud.

Applicants Name (Last, First, Middle Initial) _____

Part 3: Licensed Medical or Mental Health Professional Verification

For the purpose of this application, licensed medical or mental health professionals are limited to:

Please check one:

- Medical Doctor (MD / DO)
- Psychologist (PhD)
- Mental Health Professional or Social Worker
- Licensed Practical or Registered Nurse (LPN / RN)
- Optometrist or Ophthalmologist
- Physician Assistant or ARNP
- Physical or Occupational Therapist
- Certified Orientation & Mobility Specialist

INSTRUCTIONS: If the Applicant is your current patient or client, please answer the following questions. All health care information will be kept confidential.

Please note that Paratransit is a costly, tax-supported service. We need your assistance to assure that eligibility is limited to people who, because of the effects of their disabilities, are not able to ride the substantially less expensive fixed route bus. Age, convenience of the service, fear of falling, inability to drive, and inability to carry packages are not qualifying factors for Paratransit service. Please call (509) 575-6054 if you have any questions.

In completing the required information, please **list only the disability/diagnosis that would prevent the Applicant from independently getting to or from or successfully utilizing the fixed route bus system.** Please define the degree of impairment and how it affects the Applicant's ability to use the fixed route bus system.

DIAGNOSIS/DISABILITY (That affects applicant's ability to use a fixed route bus)	DEGREE OF IMPAIRMENT (Check one)	DATE OF ONSET (If known)
_____	mild moderate severe _____	_____
_____	mild moderate severe _____	_____
_____	mild moderate severe _____	_____
_____	mild moderate severe _____	_____
_____	mild moderate severe _____	_____
_____	mild moderate severe _____	_____

Is the Applicant's need for Dial-A-Ride service temporary? No Yes - until _____

Are any of these conditions episodic or variable in their severity? No Yes - provide details below:

Please provide any additional information that you deem relevant as to **why the Applicant cannot use fixed bus route services: Age, convenience/benefit of the service, fear of falling and inability to drive are not qualifying factors for Paratransit service.**

Please review the information contained in **Part 1**, as provided by the Applicant or Applicant's Representative. Based on your knowledge of the Applicant's condition, is the information provided accurate?

Yes No Somewhat

If you checked No or Somewhat, please explain: _____

I HEREBY CERTIFY under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided on the Professional Verification portion of this application is true and correct.

Licensed Professional's Signature WA Medical License # Date

Printed Name _____

Organization _____

Address _____ City/State/Zip _____

Phone _____ Fax _____

Would you like additional information regarding Paratransit Services and eligibility criteria?

Yes No

Thank you for your assistance in completing this form. Yakima Transit, in accordance with the Americans with Disabilities Act of 1990, will use the information provided to determine the applicant's eligibility for Paratransit Services.

Return application to: Yakima Transit Paratransit
2301 Fruitvale Blvd.
Yakima, WA 98902
Phone: (509) 575-6054 Fax: (509) 576-6414
Yakima, WA 98902

----- Por favor, dóblelo -----
por la mitad

Dirección de
devolución:

Se
requiere
franqueo
de 1 clase

Yakima Transit - Paratransit
2301 Fruitvale Blvd.
Yakima, WA 98902