



## Programa de Paratránsito de Hayward (HOP)

### Un Programa de Paratránsito financiado por las Medidas B/BB

*Diseñado para suplementar y el sistema de servicios paratránsitos en el Este de la Bahía*

#### Información de la Aplicación

Gracias por su consulta acerca del Programa de Paratránsito de Hayward (HOP). **East Bay Paratransit** (Paratransito del Este de la Bahía, o **EBP**) es el sistema de paratránsito encomendado por el ADA (Ley para Personas con Discapacidades) en la ciudad de Hayward y el condado de Alameda. *Debe entregar una aplicación al EBP (proveedor del condado) y obtener una fecha de entrevista para poder inscribirse con Hayward. EBP* le hará una cita para su entrevista, y coordinará su transporte si es necesario. Provea una copia de la carta confirmando su entrevista con **EBP** dentro de 30 días de haberla recibido. Si usted previamente aplico con **EBP**, por favor entregue una copia de su carta de elegibilidad, o carta de negación de servicios.

**La Aplicación para Paratránsito Operado por Hayward:** Todo pasajero necesita completar una aplicación. Se requiere una declaración médica por pasajeros entre 18-69 años; **declaraciones médicas tienen que ser completados por un médico profesional.** Si tiene 70 años o más, no se requiere declaración médica.

#### Formularios completos deben entregarse a:

Por correo: Hayward City Hall  
Paratransit Program  
777 B Street, 4<sup>th</sup> Floor  
Hayward, CA 94541

Correo electrónico: [paratransit@hayward-ca.gov](mailto:paratransit@hayward-ca.gov)  
Fax: (510) 583-3650

Si tiene preguntas acerca de la información adjunta, por favor llame a nuestra oficina al (510) 583-4230.



## Programa de Paratránsito Operado Por Hayward

### Formulario de Declaración Médica

Este formulario solo deberá ser completado en el caso de que el solicitante no cumple la cualificación de ser "adulto mayor" (edad de 70 o mayor) para la inscripción en el programa de paratránsito de Hayward. Para información adicional, favor de referir a [Hayward-ca.gov/residents/Paratransit](http://Hayward-ca.gov/residents/Paratransit) o llamar al programa.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

#### Estimado Médico, Trabajador(a) Social, o Profesional de Salud:

La persona nombrada a continuación le gustaría participar en el Programa de Paratránsito de la Ciudad de Hayward. Este es un servicio de transporte diseñado para aquellos que no pueden utilizar otros servicios de transporte público. Para que la solicitud este completa, se requiere un formulario de certificación médica que describa las limitaciones funcionales de transporte de la persona. Toda la información proporcionada a continuación es confidencial y será utilizada con el propósito de establecer la elegibilidad para el Programa de Paratránsito de la Ciudad de Hayward. Le agradecemos su ayuda en determinar el estado de certificación de esta persona proporcionando la información requerida. Favor de devolver este formulario al solicitante para someter con su solicitud. Gracias.

**I. Favor de describir la discapacidad o condición médica del solicitante que previene la utilización de transporte público (es decir autobuses de AC Transit o trenes de BART):** Puede incluir páginas adicionales

---

---

**II. La condición del solicitante es:**  Permanente  Temporal hasta (fecha): \_\_\_\_\_

#### III. Debido a una condición médica y/o incapacitante, el/la solicitante no puede:

- A. \_\_\_\_\_ Llegar a una ruta fija o al servicio de transporte equipado con elevador para sillas de rueda (ej: autobús, BART).
- B. \_\_\_\_\_ Abordar desde un vehículo estándar de transporte público (ej: autobús, BART).
- C. \_\_\_\_\_ Esperar o pararse en un vehículo de tránsito en movimiento (ej: autobús, BART).
- D. \_\_\_\_\_ Esperar al aire libre sin acompañamiento para la llegada del transporte público.
- E. \_\_\_\_\_ Ver, leer y/o comprender señales de información, horarios, mapas, etc.
- F. \_\_\_\_\_ Oír y/o comprender información verbal comunicada por personal de transporte público.
- G. \_\_\_\_\_ Utilizar los servicios de transporte público regulares porque: \_\_\_\_\_

**IV. El solicitante requiere servicios de paratránsito para obtener tratamiento de soporte vital.** (es decir, diálisis, quimioterapia, radioterapia, etc.)  Sí  No

#### Declaración del facultativo: Por la presente declaro que esta información es correcta.

Nombre del facultativo: \_\_\_\_\_ (letra de molde) \_\_\_\_\_ (firma)

Fecha: \_\_\_\_\_  Médico  Enfermera  Trabajador(a) Social  
 Otro facultativo (describa): \_\_\_\_\_

Agencia/Organización: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_

No. Teléfono \_\_\_\_\_ No. Fax \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Regresar a to: Hayward Operated Paratransit Program  
777 B Street, 4th Floor, Hayward CA 94541  
Tel: (510) 583-4230 | Fax: (510) 583-3650  
Email: [paratransit@hayward-ca.gov](mailto:paratransit@hayward-ca.gov)



Otro: \_\_\_\_\_

**9. ¿Recibe alguna de las siguientes formas de asistencia de ingresos/beneficios? (Seleccione todas las opciones que correspondan)**

- Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)  Medi-Cal  
 CalWorks  Asistencial General (GA)  
 Programa de asistencia en efectivo para inmigrantes (CAPI)

**10. Ingreso bruto mensual individual:** \_\_\_\_\_

**11. Ingreso bruto mensual familiar:** \_\_\_\_\_ # de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

**12. ¿Quieres ayuda para aprender a usar paratránsito?**  SI  NO

**13. ¿Quieres ayuda con las citas o hacer mandados?**  SI  NO

**14. ¿Cuál es su situación de Vivienda?**  Vive Solo  Vive con su cónyuge/pareja  
 Vive con hijos adultos  Vive en una vivienda asistida/en un hogar residencial  Vive en un centro de enfermería especializada/ hogar de ancianos  
 Otro: \_\_\_\_\_

**15. ¿Qué idioma(s) habla?** Idioma de Preferencia: \_\_\_\_\_

Otro/s Idioma: \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_

Relación a usted: \_\_\_\_\_ Teléfono de Día: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**¿Manejas tus propios asuntos y correo?**  Si  No

**Si "No", ¿a quién debería enviarse su correspondencia?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación a usted: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**16. Si necesita información en un formato accesible, seleccione qué formato prefiere**

- Letra Grande  Cintas de Audio  Braile  CD/Archivo Electrónico

**17. ¿Usted (o su cuidador) desea recibir su paquete de introducción y cambios futuros por correo electrónico? (Por favor, tenga en cuenta que los vales se le enviarán por correo):**

- Si  No \* Si seleccionó "Sí", por favor proporcione su (o de su cuidador) dirección de correo electrónico para que podamos enviarle la información:

Certifico que la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsificar la información a sabiendas resultará en denegación de servicio. Le doy permiso a la Ciudad para verificar si estoy matriculado en Paratránsito de East Bay, Ruedas Dial-A-Ride o Union City Paratránsito. Entiendo que toda la información de la aplicación se mantendrá confidencial, y sólo la información requerida para proporcionar el servicio que solicito será revelada a los que realizan los servicios.

\*Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

**Nombre de la persona que le ayudó con la aplicación/No. de teléfono:**

## Forma de Referencia

¿Conoce a algún familiar o amigo que pueda beneficiarse de más información sobre el Programa de Paratránsito Operado por la Ciudad de Hayward?

<b>Nombre:</b> _____	Apellido	Primer Nombre		
<b>Teléfono de Día:</b> (____) - _____	<b>Celular:</b> (____) - _____			
<b>Teléfono TTY:</b> (____) - _____	<b>Correo Eléctronico:</b> _____			
<b>Domicilio:</b> _____	Dirección	Apto. #	Ciudad	Código Postal
<b>Dirección de Correo:</b> _____ <b>(Si es diferente a su domicilio)</b> Dirección/Caja Postal	Apto. #	Ciudad		
Estado _____ Código Postal				
<b>Nombre de la instalación de vivienda</b> (si esta aplica): _____				
Nuestro equipo puede proporcionar información sobre los siguientes servicios:				
<ul style="list-style-type: none"><li>• Transporte el mismo día</li><li>• Administración de movilidad y capacitación en viajes</li><li>• Entrega de comida</li><li>• Subsidio para Tarifas</li></ul>				