



Programa de Paratr nsito de Hayward (HOP)

Un Programa de Paratr nsito financiado por las Medidas B/BB

Diseñado para suplementar y el sistema de servicios paratr nsitos en el Este de la Bahía

Información de la Aplicación

Gracias por su consulta acerca del Programa de Paratr nsito de Hayward (HOP). **East Bay Paratransit** (Paratransito del Este de la Bahía, o **EBP**) es el sistema de paratr nsito 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 har  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 Paratr nsito 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, 4th Floor
Hayward, CA 94541

Correo electrónico: 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.

Community Services Division
Paratransit Program

777 B Street, Hayward CA 94541-5007
Tel: 510/583-4230 Fax: 510/583-3650



Programa de Paratr nsito Operado Por Hayward

Formulario de Declaración Médica

Este formulario solo deberá ser completado en el caso de que el solicitante en no cumple la cualificación de ser "adulto mayor" (edad de 70 o mayor) para la inscripción en el programa de paratr nsito de Hayward. Para información adicional, favor de referir a 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 Paratr nsito 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 Paratr nsito 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 paratr nsito 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

Formulario de Solicitud de Paratransito (rev. 07/09/24)

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre Inicial
de Segundo Nombre

Teléfono de Día: (____) - _____ Celular: (____) - _____

Teléfono TTT/TTY: (____) - _____ Correo Electrónico: _____

Domicilio: _____
Dirección Apto. # Ciudad Código Postal

Dirección de Correo: _____
(Si es diferente a su domicilio) Dirección/Caja Postal Apto. # Ciudad
Estado Código Postal

Nombre de la instalación de vivienda (si esta aplica): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Año ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario
Mes Día

¿Cuál es su raza/etnia? ☐ Blanco ☐ Afro-Americano ☐ Asiático/Isleño del Pacífico

☐ Hispano/Latino ☐ Nativo Americano ☐ Otro: _____

1. ¿Ha sido certificado como elegible para viajes con un servicio de paratransito ADA?

(ej. East Bay Paratransito, Wheels Dial-A-Ride, Union City Paratransito)

☐ Completamente Elegible ☐ Elegible Condicional No. De Pasajero de EBP#: _____
☐ No Elegible/Negado ☐ No he aplicado o Fecha de Entrevista: _____

2. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad o equipo especializado?

☐ Bastón ☐ Bastón Blanco ☐ Andadera
☐ Silla de Ruedas Manual ☐ Silla de Ruedas Eléctrica ☐ Motoneta Eléctrica
☐ Animal de Servicio ☐ Tanque de Oxígeno Portable ☐ Otro: _____

3. ¿Necesita un elevador de silla de ruedas para entrar y salir de un vehículo?

☐ Si ☐ No ☐ No lo se

4. ¿Normalmente viaja con la ayuda de otra persona? ☐ Si ☐ No

5. Por favor describa su discapacidad o condición de salud y explique cómo esta condición le impide usar el transporte público (ej. Autobuses o BART):

6. ¿Es la condición que describe: ☐ Permanente ☐ Temporal hasta: _____

7. ¿Con qué frecuencia espera usar el servicio de paratransito?

☐ Diario ☐ 2-4x por semana ☐ 2-4x por mes

8. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos más frecuentes?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ ADA Paratransito (ej. East Bay Paratransito, Wheels Dial-A-Ride, Union City Paratransito)
☐ Yo manejo ☐ Alguien me lleva ☐ Autobus/BART ☐ Taxi ☐ Uber/Lyft

For Office Use Only: Client # _____

☐ 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 paratransito? ☐ 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 ☐ Braille ☐ 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 Paratransito de East Bay, Ruedas Dial-A-Ride o Union City Paratransito. 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 Paratransito Operado por la Ciudad de Hayward?

Nombre: _____
Apellido Primer Nombre

Teléfono de Día: (____) _____ - _____ **Celular:** (____) _____ - _____

Teléfono TTT/TTY: (____) _____ - _____ **Correo Electrónico:** _____

Domicilio: _____
Dirección Apto. # Ciudad Código Postal

Dirección de Correo: _____
(Si es diferente a su domicilio) Dirección/Caja Postal Apto. # Ciudad
Estado Código Postal

Nombre de la instalación de vivienda (si esta aplica): _____

Nuestro equipo puede proporcionar información sobre los siguientes servicios:

- Transporte el mismo día
- Administración de movilidad y capacitación en viajes
- Entrega de comida
- Subsidio para Tarifas