



## Solicitud de SCAT – Carta de presentación

Estimado Solicitante de SCAT:

Agradecemos su consulta acerca de la Autoridad de Tránsito de Greensboro (GTA) y nuestros servicios para personas con discapacidades. Ofrecemos los siguientes servicios:

- **SCAT:** Esto es el servicio de paratransito de obligatoriedad federal previsto por la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA), el cual es un servicio de transporte compartido con reserva anticipada para personas con discapacidades que les impiden utilizar el servicio de ruta fija. Para poder usar SCAT, la persona debe contar con la certificación de elegibilidad.
- **Capacitación de viaje:** La GTA ofrece asistencia y capacitación a los interesados en aprender a utilizar los autobuses de ruta fija. ¡La capacitación es gratuita! Contáctese con el personal de la GTA al número (336) 373-2634 o por correo electrónico a [SCATeligibility@greensboro-nc.gov](mailto:SCATeligibility@greensboro-nc.gov), si desea aprender a utilizar los autobuses de Greensboro.
- **Servicio de autobús (regular) de ruta fija de la GTA:** Todos los autobuses están equipados con ascensores para personas que usan sillas de ruedas y scooters. Todos los autobuses también tienen una función de “plataforma baja” que baja el autobús hasta el piso para ayudar a la gente a tiene dificultades para subir las escaleras. Hay asientos prioritarios para personas con discapacidades y ancianos detrás del asiento del conductor. Se anuncian las paradas y los puntos de trasbordo principales por medio de la función de anuncios automatizada del autobús.

Se adjunta la Solicitud a SCAT, la cual consta de dos formularios: el formulario de **Cuestionario de elegibilidad de SCAT** y el formulario de **Verificación profesional**. Si le interesa solicitar el servicio de SCAT, lea esta carta introductoria y todos los materiales adjuntos antes de comenzar. Se deben completar y enviar ambos formularios antes de programar la entrevista en persona.

**Envíe ambos formularios (Parte A y Parte B) antes de la fecha de su entrevista para que el personal pueda revisarlos con anticipación antes de su cita. Además, esto también permitirá al personal proporcionarle una determinación final de elegibilidad durante la entrevista.**

## ¿Cómo se determina la elegibilidad para SCAT?

Para determinar si usted es elegible para utilizar SCAT, deberá realizar lo siguiente:

- 1) Completar el formulario de Cuestionario de elegibilidad de SCAT.
- 2) Llenar la primera parte del formulario de Verificación profesional y luego enviar el formulario a su profesional de cuidados de salud o rehabilitación, quien debe verificar si su discapacidad afecta su capacidad para usar el transporte público. Hacer que su profesional de cuidados de salud o rehabilitación le devuelva el formulario enviándoselo a usted por correo o que lo envíe por correo al Departamento de Elegibilidad de SCAT a SCAT Eligibility Department P.O. Box 3136 Greensboro, NC 27402-3136, o que lo envíe por fax al Departamento de Elegibilidad de SCAT al número (336) 373-2809. También se puede enviar su solicitud por correo electrónico a [SCATEligibility@greensboro-nc.gov](mailto:SCATEligibility@greensboro-nc.gov).
- 3) Una vez que se hayan recibido ambas partes (A y B) de su solicitud y que se determine que están completas, un miembro del Departamento de Elegibilidad de SCAT se pondrá en contacto con usted para programar la entrevista en persona.
- 4) La **entrevista obligatoria** se llevará a cabo con miembro de nuestro personal de elegibilidad en el Edificio de la Oficina Administrativa de la GTA situada en 223 W. Meadowview Road. Generalmente, la entrevista dura entre 30 y 60 minutos y le brinda la oportunidad de hablar acerca de sus problemas de movilidad y de conocer todos los servicios de la GTA, incluida la ruta fija accesible y la capacitación de viaje.
- 5) Si necesita transporte hacia y desde el sitio de la entrevista en persona, por favor, hágale saber al miembro del personal de elegibilidad que se contacte con usted para programar la entrevista. El personal le programará los viajes y no se le cobrarán esos viajes. Si lo prefiere, puede organizar el transporte por su cuenta.

### **Entrevista en persona**

Una vez que se haya programado la entrevista en persona, recuerde:

- Debe entregar a la GTA la solicitud completa y el formulario adicional de verificación del profesional de cuidados de salud antes de su entrevista en persona.

- Si utiliza un dispositivo de movilidad cuando sale de su hogar, debe traer ese dispositivo de movilidad a su entrevista en persona.
- Se le tomará una foto en la entrevista, la cual se utilizará para una tarjeta de Identificación, si se determina que es elegible para SCAT.
- Si se da cuenta de que no puede llegar a su entrevista en persona programada, **contacte al personal de elegibilidad para cancelar la cita, de ser posible, antes de la fecha programada.** Para cancelar su entrevista en persona, contacte a la Autoridad de Tránsito de Greensboro al número 373-2634, o por mail a SCATeligibility@greensboro-nc.gov.

## **Determinación de elegibilidad**

Basándose en su Cuestionario de elegibilidad de SCAT, su formulario de Verificación profesional completo y la entrevista en persona, la GTA determinará si es elegible para SCAT en el lapso de 21 días hábiles. **Tenga en cuenta que, si sus formularios no están completos, le devolveremos los formularios y eso demorará el procesamiento.**

Según lo que se determine, se le asignará una de las siguientes condiciones:

- Elegibilidad incondicionada: Una discapacidad o condición de salud siempre impide el uso de los autobuses de ruta fija y se provee el servicio de Paratránsito previsto por la Ley ADA (SCAT) para todos los viajes.
- Elegibilidad condicionada: Una discapacidad o condición de salud impide el uso de los autobuses de ruta fija en ciertas condiciones y se provee el servicio de Paratránsito previsto por la Ley ADA (SCAT) únicamente cuando se cumplan tales condiciones.
- Elegibilidad temporal: Una discapacidad o condición de salud impide temporalmente el uso de los autobuses de ruta fija y se provee el servicio de Paratránsito previsto por la Ley ADA (SCAT) solamente durante ese período de tiempo.
- Derivación al Servicio de ruta fija: Si se determina que usted tiene la capacidad de utilizar el servicio de ruta fija, se lo/a derivará al servicio de ruta fija de la GTA y se le proveerá información de los horarios y las rutas, así como las opciones de capacitación de viaje. También se le proporcionará información acerca de cómo solicitar el programa de media tarifa de la GTA. Las personas con discapacidades, los ancianos de por lo menos 60 años de edad, y las personas que cuenten con una Tarjeta de Medicare o Medicaid tienen derecho a usar los autobuses de la GTA con la media tarifa en todo momento.

Si determinamos que usted puede utilizar la ruta fija y que no es elegible para SCAT, le notificaremos la(s) razón(es). Usted puede apelar la decisión. Le enviaremos información acerca del proceso de apelación con la carta de determinación.

Si tiene alguna consulta acerca de los formularios de solicitud, o necesita asistencia para completarlos, contáctese con la Autoridad de Tránsito de Greensboro al número (336) 373-2634 o por correo electrónico a [SCATEligibility@greensboro-nc.gov](mailto:SCATEligibility@greensboro-nc.gov). Esta carta, la solicitud y los dos formularios también están disponibles en letra grande y otros formatos alternativos, a pedido.

Agradecemos su interés en la GTA.

## Solicitud de SCAT

La Solicitud de SCAT comprende dos formularios, los cuales debe completar y enviar a la Autoridad de Tránsito de Greensboro (GTA) antes de presentarse a la entrevista o bien debe entregarlos personalmente cuando se presente a la entrevista:

**(1) Formulario de Cuestionario de elegibilidad de SCAT y (2) Formulario de Verificación profesional**

**PASO 1 – Completar el formulario de Cuestionario de elegibilidad de SCAT.**

El solicitante o el representante del solicitante debe completar el Formulario de Cuestionario de elegibilidad de SCAT. El solicitante debe completar y firmar el formulario, o bien, si el solicitante es menor de 18 años, deberá firmar el tutor legal del solicitante y cualquier persona que haya ayudado al solicitante a completar el formulario.

**PASO 2 - Completar la Sección A del formulario de Verificación profesional y luego enviar el formulario de Verificación profesional a un profesional de servicios de salud familiarizado con la discapacidad del solicitante. Los profesionales de servicios de salud pueden incluir, entre otros, los siguientes profesionales:**

Médico de cabecera	Especialista independiente	Oftalmólogo
Kinesiólogo	Especialista en rehabilitación	Psiquiatra
Terapeuta ocupacional	Trabajador social matriculado	Psicólogo
Orientación y movilidad	Enfermero/a matriculado/a	Gestor de caso
Terapeuta		

Luego, su profesional seleccionado debe completar la **Sección B** del Formulario de Verificación profesional y enviarle el formulario completado directamente a usted o a la Oficina de la GTA en: City of Greensboro, Public Transportation Division, P. O. Box 3136, Greensboro, NC 27402.

**PASO 3 - Una vez que tenga el Formulario de Cuestionario de elegibilidad de SCAT completado y confirme que usted o que la GTA recibieron el Formulario de Verificación profesional, contacte a la Oficina de Elegibilidad de SCAT para programar su entrevista en persona.**

Si tiene alguna consulta acerca de la solicitud o necesita asistencia para completar los formularios, contáctese con la Autoridad de Tránsito de Greensboro al número (336) 373-2634.

**PÁGINA INTENCIONALMENTE  
EN BLANCO**

Para uso de la  
Oficina únicamente:  
Nueva certificación



## FORMULARIO DE CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD DE SCAT

### Parte 1. Información general

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ N.º de Departamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono - Personal \_\_\_\_\_ Teléfono - Laboral \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Últimos cuatro dígitos del N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Tiene derecho a recibir los Beneficios **Medicaid**? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, escriba su **Número de ID de Medicaid**: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Parte 2. Información de Discapacidad y Movilidad

1. Describa la discapacidad que le impide utilizar el servicio de autobús (**regular**) de ruta fija accesible de la GTA: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

2. La discapacidad descrita arriba es... (marcar una sola opción)

Permanente

Temporal Si es temporal ¿Cuánto tiempo espera que dure? \_\_\_\_\_ meses.

No lo sé

3. ¿Su discapacidad cambia según el día en determinadas circunstancias?

No  Sí

¿Cómo? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál de las siguientes instrumentos o equipos de movilidad utiliza para viajar a otros destinos fuera de su hogar?

Ninguno  Andador  Bastón blanco  
 Silla de ruedas manual  Bastón  Animal de servicio  
 Silla de ruedas eléctrica  Muletas  Oxígeno portátil  
 Scooter de 3 o 4 ruedas  Aparato ortopédico para pierna

Prótesis  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

### NOTA IMPORTANTE

Se realizará una evaluación de su instrumento de movilidad durante la entrevista en persona.

5. ¿**Requiere** que un Asistente de Cuidados Personales (PCA) viaje con usted a los destinos fuera de su hogar?

Siempre  A veces  Nunca

### **Parte 3. Capacidad para utilizar el servicio de autobús (Regular) de ruta fija**

6. ¿Utiliza el servicio de autobús (**regular**) de ruta fija de la GTA (no el de SCAT)?

Sí  A veces  No

Antes utilizaba el autobús pero dejé de usarlo porque \_\_\_\_\_

7. Describa **por qué** su discapacidad le impide utilizar el servicio de autobús (**regular**) de ruta fija accesible de la GTA. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

8. ¿Existe algo que lo ayude a utilizar el servicio de autobús (**regular**) de ruta fija?
- Información de la ruta y el horario. En caso afirmativo ¿qué Rutas? \_\_\_\_\_
  - Poder utilizar el ascensor del autobús
  - Asistir a un curso de Capacitación de Viaje para aprender a utilizar el autobús
  - Otro: \_\_\_\_\_
9. ¿Puede pedir y seguir instrucciones escritas o verbales de cómo utilizar el autobús (**regular**) de ruta fija?
- Sí, por mí mismo/a                       Sí, con un Asistente de Cuidados Personales
  - Probablemente, podría hacerlo con instrucciones específicas.
  - No, me confundo mucho y me podría perder.
  - No, la gente no me entiende. ¿Por qué no? \_\_\_\_\_
10. ¿Puede ir hasta la parada del autobús y volver por sí solo/a?
- Sí     No
- En caso negativo, marque las razones que correspondan:
- No puedo salir de mi casa o departamento
  - Puedo llegar solamente hasta la banqueta al frente de mi casa o departamento
  - Puedo hacerlo si tengo a alguien que me ayude
  - No puedo ir a lugares donde no hay rampas
  - No puedo cruzar calles o intersecciones de alto tránsito
  - No puedo salir cuando hace mucho calor
  - No puedo orientarme de noche debido a un problema en la visión
11. ¿Hasta qué distancia puede caminar por sí solo/a o con la asistencia de un instrumento de movilidad?
- Puedo desplazarme menos de 1 cuadra     Puedo desplazarme hasta 4 cuadras
  - Puedo desplazarme hasta 1 cuadra         Puedo desplazarme hasta 5 cuadras
  - Puedo desplazarme hasta 2 cuadras        Puedo desplazarme hasta 6 cuadras
  - Puedo desplazarme hasta 3 cuadras
12. ¿Puede subir y bajar del autobús (**regular**) de ruta fija?
- Sí     Sí, pero únicamente si el autobús tiene un ascensor para silla de ruedas
  - Sí, pero únicamente si me acompaña un Asistente de Cuidados Personales (PCA)
  - No
  - A veces: ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

13. Si puede subir y bajar del autobús ¿puede alcanzar un asiento o puesto para silla de ruedas por sí solo/a?

- Sí  No

En caso negativo, marque las razones que correspondan:

- Necesito que alguien me ayude  
 Tengo un problema de equilibrio  
 Me cuesta encontrar un asiento porque \_\_\_\_\_

14. Si puede subir y bajar del autobús ¿sabe dónde bajarse del Autobús y encontrar su destino por sí solo/a?

- Sí  No

En caso negativo, marque las razones que correspondan:

- Puedo hacerlo si el conductor anuncia las paradas  
 Probablemente pueda hacerlo con capacitación  
 Me confundo y no me acuerdo a dónde voy

15. Si usa una silla de ruedas o scooter ¿su hogar está equipado con una rampa para silla de ruedas?  Sí  No  No necesito una rampa

Nota: Si es usuario de silla de ruedas y su hogar no está equipado con una rampa para silla de ruedas, y se ha determinado que tiene derecho a lo dispuesto por la Ley ADA, SCAT proveerá el transporte de ida y de vuelta hasta la banqueta de su calle, hasta que el Gerente de Seguridad de la GTA evalúe si SCAT puede proveer el servicio de puerta a puerta hasta su domicilio de forma segura. Si su hogar está equipado con una rampa, tiene que cumplir con los requisitos de la Ley ADA. Se realizará una evaluación del sitio en su domicilio.

## Parte 4. Destinos principales de viaje

Indique los tres lugares a donde va más frecuentemente y cómo llega a los mismos ahora.

1. ¿A dónde va? \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va allí? \_\_\_\_\_ veces por semana o \_\_\_\_\_ veces al mes.

¿Cómo llega hasta allí ahora? \_\_\_\_\_

2. ¿A dónde va? \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va allí? \_\_\_\_\_ veces por semana o \_\_\_\_\_ veces al mes.

¿Cómo llega hasta allí ahora? \_\_\_\_\_

3. ¿A dónde va? \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia va allí? \_\_\_\_\_ veces por semana o \_\_\_\_\_ veces al mes.  
¿Cómo llega hasta allí ahora? \_\_\_\_\_

## Parte 5. Firma

### A. Firma del Solicitante

Entiendo que el propósito de la solicitud es determinar si tengo derecho a acceder al servicio de paratransito previsto por la Ley ADA de la GTA denominado SCAT. Certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y correcta, y que se me devolverá la solicitud si la misma no está completa, lo cual demorará su procesamiento. Entiendo que la falsificación o la declaración de hechos falsos, o los cambios en mi condición médica pueden producir cambios en mi estado certificado. Entiendo asimismo que se requiere información adicional por parte de mi profesional de cuidados de salud en relación con mi discapacidad o condición médica, y que la misma será utilizada para determinar mi elegibilidad.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Los solicitantes deben tener 18 años de edad para firmar independientemente. En caso contrario, se requiere la firma de un tutor legal.)

### B. Representante del Solicitante

Si la persona que completó esta solicitud no es el solicitante, se debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Número telefónico diurno: \_\_\_\_\_  
Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**PÁGINA INTENCIONALMENTE  
EN BLANCO**

Office Use Only:  
New Certification \_\_\_\_\_  
Recertification \_\_\_\_\_



**PROFESSIONAL VERIFICATION FORM**

**Section A. Authorization to Release Information**

*(applicant to complete and sign, then send to the professional you named)*

Applicant's Name \_\_\_\_\_  
Date of Birth \_\_\_\_\_  
Applicant's Address \_\_\_\_\_  
Applicant's Telephone Number \_\_\_\_\_

I authorize the following professional to release to GTA specific information as requested. It is my understanding that the information released will be used solely to determine my ADA paratransit eligibility. I understand that I may revoke this authorization at any time. Unless revoked, this form will allow that professional listed below to release information described for 90 days after the date appearing below.

Name of Professional: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

*Applicant's Signature:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_

Guardian's Signature required is applicant is not his/her own guardian.

*Guardian's Signature:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_

**Section B: Professional Verification**

Dear Healthcare Professional:

You are being asked to provide information regarding this individual's disability. The individual is applying for Americans with Disabilities Act (ADA) paratransit eligibility. The law specifies that ADA paratransit eligibility is provided only to those individuals who (1) as a result of their disability, cannot board, ride or disembark from a regular fixed route bus or (2) have a specific impairment-related condition that prevents them from getting to or from a bus stop.

Please note: This is not intended as verification of the applicant's disability or medical condition but to determine the effect of that disability or medical condition on the individual's ability to independently use regular, fixed route bus service.

# PARTE B

Greensboro's regular fixed route bus service is accessible to people with disabilities. All fixed route buses operated by Greensboro Transit Authority (GTA) are equipped with lifts for people who use wheelchairs/scooters. All buses also have a "kneeling" feature that lowers the bus closer to the ground to help people who have difficulty climbing stairs. There is priority seating behind the bus driver for people with disabilities and seniors. Stops and major transfer points are announced at each stop. Please return the completed form to the applicant, or you may fax it to 373-2809, Attention: SCAT Eligibility Department

## General Questions

1. In what capacity do you know the applicant? \_\_\_\_\_

2. What is the diagnosed disability or medical condition causing the disability that you are treating the applicant for? \_\_\_\_\_

3. What category (ies) is the applicant's disability?  Physical  Visual  Cognitive

4. Is the disability  temporary or  permanent?  
If temporary, how long do you expect it to last? \_\_\_\_\_

5. Does the applicant's disability or condition prevent use of using regular fixed route bus service?  
 No  Sometimes  Yes

If Sometimes or Yes, please explain why: \_\_\_\_\_

6. Does the applicant use any mobility aids:  No  Yes

If Yes, what type:

Manual Wheelchair  Power Wheelchair  Scooter  Walker

Crutches  Cane  White Cane

Other; please specify \_\_\_\_\_

7. Does the applicant require a Personal Care Attendant (PCA) to travel in the community?

No  Yes  Sometimes

## Effects of Applicant's Disability or Medical Condition on Community Travel

8. How far can the applicant walk/travel (with his or her mobility aid if applicable)?

3 blocks  6 blocks  9 or more blocks  Less than 3 blocks

9. How long can the applicant wait outside (with his or her mobility aid if applicable)?

15 minutes  30 minutes  Less than 15 minutes

10. Can the applicant negotiate hills or steep terrain?  Yes  No  Sometimes

Please elaborate if necessary \_\_\_\_\_

11. Can the applicant cross the street without assistance?  Yes  No

If No, why not?: \_\_\_\_\_

12. Can the applicant recognize a destination or landmark?

Yes                       No                       Sometimes

Please elaborate if necessary \_\_\_\_\_

13. Is the applicant able to ask for, understand, and follow directions?

Yes                       No

Please elaborate if necessary \_\_\_\_\_

14. Is the applicant able to get around independently in the community?

Yes                       No                       Sometimes

Please elaborate if necessary \_\_\_\_\_

### **Additional Information**

Is there any other relevant information about the applicant's disability or medical condition affecting the applicant's mobility that would be helpful to GTA in determining ADA paratransit eligibility?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I hereby affirm that the information I provided herein is true and correct to the best of my knowledge.

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Please print your name and title

\_\_\_\_\_

**License Number** \_\_\_\_\_ **Telephone** \_\_\_\_\_

Thank you for your help. If you have questions, please contact the Greensboro Transit Authority at (336) 373-2634, or by email at [SCATeligibility@greensboro-nc.gov](mailto:SCATeligibility@greensboro-nc.gov).

**PÁGINA INTENCIONALMENTE  
EN BLANCO**