



## B-Line Paratransit Solicitud de Certificación

B-Line es un servicio de origen a destino de viaje compartido de transporte público que opera para las personas con discapacidad que no puedan utilizar el servicio de transporte de ruta fija de Corpus Christi Regional Transportation Authority (CCRTA).

### Cómo Aplicar

- Primero.** El solicitante debe completar la Parte 1 de esta aplicación de B-Line. Si usted tiene alguna pregunta no dude en llamarnos para pedir asistencia en 361-883-2287.
- Segundo.** Tome esta aplicación a su próxima cita con su profesional de la salud licenciado que esté más familiarizado con sus discapacidades. Pregunte al profesional de la salud para completar PARTE 2.
- Tercera.** Envíe por correo o entregue su aplicación a:  
CCRTA Paratransit Eligibility Program  
602 N. Staples St.  
Corpus Christi, TX 78401  
Las solicitudes pueden enviarse por fax al 361-883-1983.
- Cuarto.** Cuando se recibe la solicitud, la Administrador del Programa de Elegibilidad de CCRTA o un representante se pondrá en contacto con usted para concertar una entrevista y evaluación en persona. Todos los solicitantes deberán participar en la entrevista personal y el proceso de evaluación.
- Quinto.** Después de completar el proceso de evaluación, se le notificará de su estatus de elegibilidad por correo dentro de 21 días de su evaluación.

*NOTA: Se requiere una solicitud completa, tanto de la Parte 1 y Parte 2 Las solicitudes incompletas podrán ser devueltos.*

**Llame 361-883-2287 para solicitar su Paratransit aplicación de certificación.**



## **B-Line Paratransit**

### **Revisión de Casos de Elegibilidad**

Los resultados de su evaluación son revisados por CCRTA para determinar si usted es elegible para los Servicios Paratransit. Los solicitantes serán notificados de la condición de elegibilidad por correo dentro de 21 días. Para más información llame al 361-883-2287.

- **Convirtiéndose ADA Elegible para los Servicios Paratransit**  
Los solicitantes se convierten en elegibles para discapacitados de manera condicional, incondicional o temporal.
- **Elegibilidad Condicional**  
Los clientes con elegibilidad condicional son capaces de utilizar el servicio de ruta fija para algunos viajes.
- **Elegibilidad Incondicional**  
Los clientes con elegibilidad incondicional pueden utilizar B-Line para cualquier viaje. Los clientes pueden optar por utilizar el servicio de ruta fija, si así lo desean. B-Line clientes elegibles pueden viajar con un asistente de cuidado personal (PCA) en el servicio de ruta fija, sin cargo alguno para el PCA.
- **Elegibilidad Temporal**  
Elegibilidad temporal se proporciona a los clientes con una discapacidad temporal que les impide utilizar el servicio de ruta fija. Estos clientes pueden utilizar B-Line para cualquier viaje de la duración prevista de la discapacidad.
- **Notificación de Elegibilidad**  
Los solicitantes son notificados por correo dentro de 21 días laborales de los resultados de elegibilidad.
- **Impugnar Una Determinación de Elegibilidad**  
Un proceso de apelación está disponible para cualquier persona que se le niega la elegibilidad para los servicios de B-Line, o que esté en desacuerdo con una decisión de elegibilidad o condiciones específicas de elegibilidad.

Por favor, póngase en contacto con nosotros si necesita información en un formato alternativo.

**PARTE 1. Solicitante**

Para ser completado por el solicitante. Por favor imprima o escriba.

**Información del Solicitante:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

(calle, apt, ciudad, estado, código postal)

**Dirección de Correspondencia:** \_\_\_\_\_

(calle, apt, ciudad, estado, código postal)

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**¿De qué manera su discapacidad le impide, el solicitante, el uso de el servicio de transporte de ruta fija de CCRTA?** \_\_\_\_\_

**¿Utiliza el servicio de autobuses de ruta fija de CCRTA?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si es así, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Diario \_\_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_\_ Mensual

**¿Qué le ayudaría a utilizar el servicio de ruta fija?** (marque lo que corresponda)

- \_\_\_\_\_ Saber más de los autobuses de ruta fija
- \_\_\_\_\_ Aprender a ir de su casa al trabajo o la escuela
- \_\_\_\_\_ Rutas accesibles donde tengo que ir
- \_\_\_\_\_ Autobús accesible
- \_\_\_\_\_ Ayuda comunicación
- \_\_\_\_\_ Otro (por favor explique)

**FOR OFFICE USE ONLY**

**NOTES**

ID # \_\_\_\_\_ Recertification: \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

Expiration Date: \_\_\_\_\_ Application Received: \_\_\_\_\_

Eligibility Condition: \_\_\_\_\_

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

## PARTE 1. Continuado

### Información Sobre Discapacidad:

B-Line ofrece servicio a aquellos que no pueden utilizar el servicio de transporte de ruta fija de CCRTA debido a una discapacidad física o mental.

**Por favor, describa su discapacidad abajo:**

---

---

### Ayudas Para la Movilidad (marque todos los que correspondan):

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas (manual)       | <input type="checkbox"/> Bastón                        | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Silla Eléctrica                | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio            | <input type="checkbox"/> Andador       |
| <input type="checkbox"/> Bastón de Cuatro Patas         | <input type="checkbox"/> Montoneta                     | <input type="checkbox"/> Otro          |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas de gran tamaño | <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal | <input type="checkbox"/> _____         |

### En caso de emergencia, por favor notifique a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### Reconocimiento y Divulgación de Información:

Certifico que todas las declaraciones son verdaderas y correctas. Entiendo que el suministro de información falsa puede descalificar a mi solicitud y / o posterior elegibilidad. Yo autorizo a Corpus Christi Regional Transportation Authority (CCRTA) para obtener información médica esencial, necesaria para la determinación de la elegibilidad de paratransito. También estoy de acuerdo en aparecer para una evaluación en persona por la CCRTA y/o su agencia de acción para la determinación de la elegibilidad de paratransito.

Firma del Solicitante:

---

**Si esta aplicación es completada por una persona distinta del solicitante, esa persona debe proporcionar la siguiente información:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## PART 2. Licensed Healthcare Professional

**To be completed by a physician or other licensed healthcare professional who is familiar with the applicant's disability.**

Federal law requires that individuals with a disability that prevents them from using fixed route bus service be provided ADA paratransit service. The law requires the CCRTA to 'strictly limit' ADA paratransit to persons meeting the regulatory requirements. The information you provide will assist us in making an appropriate evaluation of this request and its application to specific trip requests. Thank you.

B-Line provides service to those individuals who are prevented from using CCRTA fixed route bus service due to a physical, cognitive or psychiatric disability. **The applicant must have a disability. Please provide all medical diagnoses resulting in disability that affect the applicant's ability to use fixed route. ICD Codes or diagnoses may be listed.**

---

---

Is the condition temporary? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
If yes, expected duration until \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (date)

Are there environmental conditions (heat/cold) that would have a negative impact on the person's condition(s)? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
What are the conditions and what is the impact? \_\_\_\_\_

**If the person has a psychiatric disability affecting their ability to use a fixed route bus, please explain.**

---

---

**If the person has a visual impairment, please explain visual acuity with best correction:**

Visual Fields: \_\_\_\_\_ Right eye \_\_\_\_\_ Left eye \_\_\_\_\_ Both eyes  
Visual Acuities: \_\_\_\_\_ Right eye \_\_\_\_\_ Left eye \_\_\_\_\_ Both eyes

**If the person has a cognitive disability, please provide an IQ and/or standardized test results and explain how they are prevented from riding a fixed route bus.**

---

---

I have reviewed this application and based on my professional knowledge of the applicant, I certify that the above statements are true and correct.

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Business Phone: \_\_\_\_\_ State License # \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_