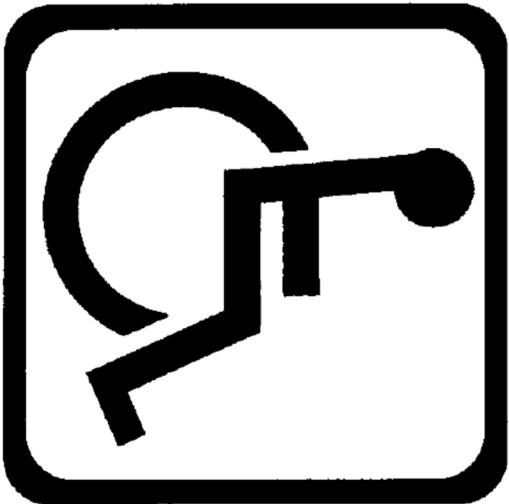


OFFICE OF THE
SUFFOLK COUNTY EXECUTIVE
OFFICE FOR PEOPLE WITH DISABILITIES
BUILDING 158, NORTH COUNTY COMPLEX
P.O. BOX 6100
HAUPPAUGE, NY 11788-0099

13 - 0130p 12/11RY

SOLICITUD DE
RECERTIFICACIÓN
DE PARATRÁNSITO DEL SCAT



STEVEN BELLONE
EJECUTIVO DEL CONDADO DE SUFFOLK

FRANK KROTSCHINSKY, ABOGADO, DIRECTOR
OFICINA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDADES
725 VETERANS MEMORIAL HIGHWAY
BUILDING 158, NORTH COUNTY COMPLEX
P.O. BOX 6100
HAUPPAUGE, NY 11788-0099
(631) 853-8333 (VOZ)
(631) 853-5658 (TTY)
(631) 853-8339 (FAX)

www.suffolkcountyny.gov



DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA RECERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SCAT

Adjunto encontrará un formulario de solicitud de **recertificación** para el sistema de paratransito del Servicio de Transporte Accesible del Condado de Suffolk (Suffolk County Accessible Transit, SCAT). Se le envía esta documentación porque su **elegibilidad** para acceder al SCAT está a punto de **vencer**. El SCAT es para las personas que tienen una discapacidad grave que les impide utilizar los autobuses públicos. De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990, el condado de Suffolk ofrece servicios de paratransito de acera a acera a través del Programa de SCAT a aquellas personas que, debido a una discapacidad física o mental, no pueden utilizar el servicio habitual de autobuses de ruta fija. La edad, la distancia de una parada de autobús o la incapacidad de conducir son condiciones que no se toman en cuenta al momento de determinar la elegibilidad.

Este formulario de solicitud tiene como fin determinar las circunstancias en las que el solicitante puede utilizar el servicio habitual de autobuses de ruta fija. Cada solicitud se evaluará de forma individual, y se considerará toda la información proporcionada.

El solicitante o la persona que lo ayude debe responder todas las preguntas. Se exige que un médico profesional autorizado del estado de Nueva York (es decir, únicamente un M.D., P.A, N.P., D.O. o D.C.) complete la certificación médica. Si no puede acceder a un médico de estas características, llame al (631) 853-8333 para obtener ayuda.

Una vez que tenga el formulario de solicitud completado y firmado, envíelo por correo (solo el original, ya que **no** aceptaremos fotocopias ni faxes) **junto con dos fotografías idénticas tamaño pasaporte en blanco y negro o color** (no fotocopias) a la siguiente dirección:

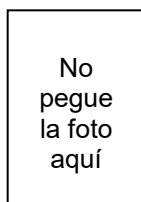
Suffolk County Office for People with Disabilities
Building 158, North County Complex
P.O. Box 6100
Hauppauge, NY 11788-0099

Se le enviará una notificación por correo sobre su recertificación tres semanas después de que recibamos su solicitud completa. Mientras tanto, si su tarjeta aún no venció, podrá seguir utilizando el sistema de paratransito del SCAT.

Las dos fotografías originales deben ser claras, estar tomadas de frente y mostrar el rostro completo. El rostro debe medir 1 x 1 ¼ pulgadas, es decir, el tamaño del cuadro que se muestra abajo. Escriba su nombre en letra de molde en el reverso de cada foto y adjúntelas a la solicitud.

En el reverso de esta carta de presentación, encontrará información sobre el sistema de paratransito. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, no dude en llamarnos al 853-8333 (voz) o, si tiene problemas de audición, al 853-5658 (TTY).

Tamaño de la foto



PROCEDIMIENTOS Y PAUTAS REVISADOS DEL SISTEMA DE PARATRÁNSITO DEL SCAT (11/09)

- 1) Para reservar un viaje, comuníquese con el operador del sistema de paratrásito del Servicio de Transporte Accesible del Condado de Suffolk llamando al 631-738-1150 (voz) o al 631-981-0104 (TTY). **TODAS LAS RESERVAS ESTÁN SUJETAS A DISPONIBILIDAD.** Los pasajeros tienen el derecho de realizar viajes por orden de reserva.
- 2) Las reservas se pueden hacer hasta 7 días antes del viaje y, a más tardar, un día antes de la fecha del viaje, si hay disponibilidad. Se pueden hacer varias reservas al mismo tiempo. Dado que las reservas se toman según el orden en que se reciben, es posible que no siempre pueda reservar los horarios que desee si dichos horarios ya están reservados.
- 3) Las reservas se pueden hacer de lunes a sábados, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m. Los sábados, las reservas se pueden hacer de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. **solo para los viajes del día siguiente.**
- 4) La primera recogida diaria será aproximadamente a las 6:00 a. m. de lunes a viernes (7:00 a. m. los sábados), y la última recogida diaria será aproximadamente a las 8:30 p. m., o más tarde en las zonas donde las líneas de autobuses del Servicio de Transporte Público del Condado de Suffolk (Suffolk County Transit, SCT) siguen funcionando en las últimas horas de la noche. **Tenga en cuenta que no hay servicio de autobuses ni de paratrásito los sábados ni los días festivos.**
- 5) El viaje de ida cuesta \$4.00 (\$8.00 ida y vuelta). **Se debe pagar la tarifa exacta.**
- 6) En el caso de los pasajeros que necesitan un asistente de cuidado personal (personal care attendant, PCA), según figure en la tarjeta de identificación, dicho asistente viajará gratis. Además del PCA, un acompañante puede viajar con el pasajero pagando la tarifa completa. Otros acompañantes también pueden viajar con el pasajero si el vehículo tiene la capacidad suficiente para transportarlos, y cada uno deberá pagar la tarifa completa.
- 7) Cuando los pasajeros utilicen el SCAT, deben tener su tarjeta de identificación que indique que son elegibles para acceder al sistema de paratrásito de conformidad con la ADA. Si aún no tiene su tarjeta de identificación, lleve su carta de certificación de elegibilidad en cada viaje.
- 8) Si necesita cancelar su reserva, debe hacerlo al menos dos (2) horas antes de la hora de recogida programada. En caso de una emergencia, llámenos lo antes posible. **Sin embargo, los pasajeros que se ausenten en reiteradas ocasiones sin avisar o que cancelen los viajes de manera excesiva corren el riesgo de que se suspendan o revoquen sus privilegios de viaje.**
- 9) El servicio es de acera a acera. El SCAT también puede aceptar proporcionar asistencia adicional limitada entre la acera y la entrada de un edificio con acceso para personas con discapacidades si se la solicita al momento de hacer la reserva, de conformidad con la Política de origen a destino (Origin to Destination Policy).
- 10) Los conductores no tienen la obligación de llevar paquetes por usted. La cantidad máxima de paquetes que los pasajeros pueden llevar en un solo viaje depende de lo que puedan transportar de manera segura dentro y fuera del vehículo. En el vehículo, los paquetes se deben colocar en un lugar donde no obstruyan el paso ni interfieran en los elementos de seguridad ni en la seguridad de los demás pasajeros.
- 11) Todos los puntos de subida y bajada deben estar dentro del condado de Suffolk, Nueva York. El origen y el destino de los viajes deben abarcar $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta fija de autobús del Servicio de Transporte Público del Condado de Suffolk o, en el caso de los viajes en Huntington, del Sistema de Transporte Público Rápido del Área de Huntington (Huntington Area Rapid Transit, HART).
- 12) Tenga en cuenta que los autobuses del SCAT tienen un lapso de llegada de media hora, es decir, pueden llegar 15 minutos antes o 15 minutos después de la hora de recogida programada. **DEBE ESTAR LISTO DURANTE EL LAPSO COMPLETO, YA QUE LOS CONDUCTORES DE LOS AUTOBUSES NO ESPERARÁN MÁS DE 10 MINUTOS.**
- 13) Si puede utilizar el sistema público de autobuses para viajar, lo alentamos a que lo haga para dejarles lugar a las personas que solo pueden viajar a través del sistema de paratrásito. Gracias por su cooperación.

GUARDE ESTE DOCUMENTO.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SCAT

PARTE 1. INFORMACIÓN GENERAL

M F FECHA DE NACIMIENTO: / /

APELLIDO: NOMBRE: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

DIRECCIÓN: N.º DE APTO./EDIF.:

CIUDAD: CONDADO: CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO DEL HOGAR: () - TELÉFONO DEL TRABAJO: () -

CALLE PERPENDICULAR MÁS CERCANA: CORREO ELECTRÓNICO: _____

DIRECCIÓN POSTAL: *Si es diferente de la de arriba*

DIRECCIÓN: N.º DE APTO./EDIF.:

CIUDAD: CONDADO: CÓDIGO POSTAL:

1. ¿Necesita que se le proporcione información o material en alguna de las siguientes formas?

Marque todas las opciones que correspondan.

Braille Letra grande Cinta de audio Otra:

PROPORCIÓNENOS EL NOMBRE Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE UNA PERSONA QUE PODAMOS CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA.

APELLIDO: NOMBRE:

TELÉFONO DEL HOGAR: () - TELÉFONO DEL TRABAJO: () -

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

CERTIFICATION DATA	
ID# _____	DATE RECEIVED _____
Date Issued: _____	
Expiration Date: _____	
Eligibility Category: _____	
Certifier: _____	
Comments: _____	

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SCAT

2. A continuación, indique si utiliza alguno de los siguientes elementos o dispositivos de ayuda para la movilidad.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo (para las personas ciegas) | <input type="checkbox"/> Scooter o carrito eléctricos |
| <input type="checkbox"/> Animal guía o de servicio (describa) <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Respirador o tanque de oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Aparatos ortopédicos para las piernas | <input type="checkbox"/> No necesito ningún dispositivo de apoyo |

Nota: Es posible que no podamos acomodar al solicitante si la silla de ruedas o el scooter miden más de 48 pulgadas de largo o más de 32 ¾ pulgadas de ancho, o si el peso combinado del solicitante y de la silla de ruedas supera las 600 libras.

PARTE 2. PREGUNTAS SOBRE EL USO DE AUTOBUSES DE RUTA FIJA

3. ¿Alguna vez ha utilizado autobuses de ruta fija?

- Sí, suelo utilizar autobuses de ruta fija veces a la semana.
- Sí, pero solo para los viajes en rutas que conozco.
- Sí, solía utilizarlos pero dejé de hacerlo porque:
- No

4. Si actualmente no utiliza autobuses de ruta fija, ¿hay algo que pueda ayudarle a viajar en dichos autobuses? (Marque todas las opciones que correspondan).

- Sí, información sobre la ruta y los horarios.
- Sí, elevadores de sillas de ruedas en los autobuses.
- Sí, información sobre cómo utilizar los autobuses.
- Sí, un dispositivo de ayuda para la comunicación.
- Sí, que haya paradas de autobuses más cerca de donde vivo y de donde necesito ir.
- Sí. Describa:
- No, ninguna de estas opciones me ayudaría.

5. ¿A qué distancia de su hogar se encuentra la parada de autobús más cercana?

- A menos de 1 cuadra
- A 5 o más cuerdas
- A 1 o 2 cuerdas
- No lo sé
- A 3 o 4 cuerdas

6. Por su propia cuenta o con la ayuda de un dispositivo de apoyo, ¿qué tan lejos puede viajar?

- Puedo llegar hasta el bordillo enfrente de mi hogar o apartamento.
- Puedo viajar hasta 3 cuerdas (1/4 milla).
- Puedo viajar hasta 6 cuerdas (1/2 milla).
- Puedo viajar hasta 9 cuerdas (3/4 millas).
- No lo sé.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SCAT

7. Marque TODAS las discapacidades que le impiden utilizar autobuses de ruta fija.

<input type="checkbox"/> Sida	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal o diálisis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Ceguera legal
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Lupus
<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Degeneración macular
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Distrofia muscular
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Otra: _____
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Trastorno de pánico
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Paraplejía
<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Ceguera cortical	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Fobia
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Cuadriplejía
<input type="checkbox"/> Diabetes (grave)	<input type="checkbox"/> Retinopatía
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Epilepsia (grave)	<input type="checkbox"/> Espina bífida
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o traumatismo cerebral
<input type="checkbox"/> Traumatismo craneal	<input type="checkbox"/> Trombosis (crónica)
	<input type="checkbox"/> Ceguera total

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SCAT

8. ¿De qué manera su discapacidad identificada le impide viajar en los autobuses de ruta fija? Explique DE MANERA DETALLADA.

9. ¿La afección es permanente? Sí NO

¿La afección es temporal? Sí NO

Si es temporal, ¿cuál es la duración prevista?

(Cantidad de meses)

10. ¿El solicitante necesita viajar con su propio asistente de cuidado personal?

- Sí
 No
 A veces

11. ¿El solicitante puede trasladarse hasta una parada de autobús y desde esta?

- Sí No

Si la respuesta es "No", marque todas las opciones que correspondan:

- No puede andar por los lugares donde no hay aceras.
 No puede viajar si no hay rampas.
 No puede cruzar las calles e intersecciones muy transitadas.
 No puede tolerar las temperaturas extremas.
 No puede andar por superficies cubiertas de hielo o nieve.
 No puede localizar ni identificar una parada de autobús debido a una discapacidad visual.
 Se desorienta con facilidad y puede perderse.
 Otra (especifique):

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SCAT

12. ¿El solicitante puede hacer las siguientes actividades sin la ayuda de otra persona?

	SÍ	NO
Ir de un lugar conocido a otro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agarrar monedas, pasajes, barandillas y asas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir y bajar tres escalones de 12 pulgadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viajar 3/4 millas hasta una parada de autobús.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar la parada de destino.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidiar con situaciones o cambios imprevistos en la rutina.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FORMULARIO MÉDICO DE LA SOLICITUD DEL SCAT

Estimado profesional de atención médica (solo M.D., D.O., P.A., N.P. o D.C.):

Se le solicita que proporcione información relacionada con la discapacidad del solicitante. La ley federal es muy específica sobre la elegibilidad para el sistema de paratransito de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA). La ley limita la elegibilidad a las personas que:

1. No pueden subirse, viajar ni bajarse de un autobús habitual como consecuencia de su discapacidad.
2. Tienen un problema específico relacionado con su discapacidad que le impide trasladarse hasta una parada de autobús y desde esta.
3. Necesitan un elevador de sillas de ruedas cuando un autobús equipado con este dispositivo no se encuentra disponible en la ruta que deben utilizar para viajar.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: No se incluyen a las personas a las que les resulta difícil o incómodo trasladarse hasta las paradas de autobuses y desde estas. Al proporcionar la información, solo debe considerar la presencia de una discapacidad o un problema de salud, y no la edad ni la condición económica del solicitante.

Esta solicitud sirve para determinar si el solicitante puede utilizar el servicio de transporte habitual (de ruta fija) o si necesita un servicio de acera a acera. Tenga especial cuidado al evaluar a los solicitantes. La evaluación se debe basar únicamente en la capacidad del solicitante para utilizar el transporte público habitual. Evaluar estos criterios con cuidado garantizará que las personas que realmente necesitan un servicio de paratransito confiable puedan acceder a este. Este formulario se debe completar en su totalidad. Si se deja alguna pregunta sin responder, el formulario se considerará incompleto y **no tendrá validez**. Escriba con letra clara y legible.

Marque todas las discapacidades que le impidan al solicitante utilizar el servicio de autobuses de ruta fija. No se deben marcar los problemas que causen dificultad o incomodidad.

El profesional de atención médica que completa esta solicitud certifica que _____
(nombre del solicitante) es una persona que tiene una discapacidad grave, cuya limitación funcional es:

1) Neuromuscular

- Amputación de (especifique) _____
- Parálisis cerebral
- Distrofia muscular
- Enfermedad de Parkinson
- Espina bífida
- Accidente cerebrovascular
- Lesión cerebral
- Cuadruplejía
- Esclerosis múltiple
- Paraplejía
- Poliomiелitis
- Artritis
- Otra: _____
- Ninguna

2) Cardiovascular

- Arteriosclerosis
- Asma
- Fibrosis quística
- Ataque cardíaco
- Enfisema
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfermedad vascular periférica
- Trombosis (crónica)
- Otra: _____
- Ninguna

3) Visual (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | Un solo ojo | Ambos ojos |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cataratas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Degeneración macular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desprendimiento de retina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Retinopatía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ceguera total | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ceguera legal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otra: _____ | | |
| Ninguna | <input type="checkbox"/> | |

4) Médica general

- Sida
- Diabetes (grave)
- Cáncer
- Lupus
- Epilepsia (grave)
- Enfermedad renal o diálisis
- Otra: _____
- Ninguna

FORMULARIO MÉDICO DE LA SOLICITUD DEL SCAT

5) Cognitiva o psicológica

- Enfermedad de Alzheimer
- Autismo
- Demencia
- Traumatismo craneal
- Deterioro cognitivo
- Esquizofrenia
- Ansiedad
- Depresión
- Ataques de pánico
- Ninguna

5a) ¿Las afecciones mencionadas más arriba responden a los medicamentos? Sí No

5b) Si el solicitante tiene ansiedad o ataques de pánico, indique el promedio de la frecuencia y la duración de los ataques.
por día por semana por mes por año duración aproximada

5c) Describa las limitaciones funcionales causadas por la discapacidad:

6) ¿Qué discapacidad le impide al solicitante viajar a través del sistema habitual de autobuses? Se requiere un diagnóstico detallado. Sea específico. (No utilice códigos de diagnóstico).

7) ¿De qué manera la discapacidad afecta la capacidad funcional del solicitante y le impide viajar a través del sistema habitual de autobuses? (Explique de manera detallada):

8) La afección es: Permanente Temporal
Si es temporal, ¿cuál es la duración prevista? (cantidad de meses)

9) ¿La discapacidad requiere que el solicitante viaje con un acompañante?

- Sí No A veces

10) ¿El solicitante puede trasladarse hasta una parada de autobús y desde esta?

- Sí No

10a) Si la respuesta es "No", marque todas las opciones que correspondan:

- No puede andar si la calle o la acera son muy empinadas.
- No puede viajar si no hay rampas.
- No puede cruzar las calles e intersecciones muy transitadas.
- No puede localizar una parada de autobús debido a una discapacidad visual.
- No puede esperar en la calle sin apoyo durante 15 minutos.
- Se desorienta con facilidad y puede perderse.
- Otra (especifique):

FORMULARIO MÉDICO DE LA SOLICITUD DEL SCAT

11) Especifique la capacidad del solicitante para realizar las siguientes actividades de manera independiente con el uso del dispositivo de ayuda para la movilidad más eficaz.

	Poca o ninguna dificultad	Incomodidad o un poco de dificultad	Dolor intenso o discapacidad	Incapacidad o posibilidad de tener una crisis médica grave
Ir de un lugar conocido a otro.				
Manipular dinero o pasajes.				
Proporcionar su dirección y número de teléfono si se solicita.				
Reconocer un destino o punto de referencia.				
Pedir indicaciones y entenderlas.				
Trasladarse 200 pies (una cuadra de una ciudad).				
Viajar ¼ millas (tres cuadras).				
Lidiar con situaciones o cambios imprevistos en la rutina.				
Desplazarse de manera segura y efectiva por establecimientos muy concurridos.				

Las solicitudes con información incompleta o ilegible se devolverán y no tendrán validez.

Además, certifico que la información médica proporcionada en la solicitud es correcta a mi leal saber y entender, y coherente con el diagnóstico médico del solicitante.

Firmado el día _____ de _____ de 20_____

(Nombre del médico)

(Firma del médico)

(Número de licencia)

(Teléfono)

(Dirección)

(Ciudad)

(Estado)

(Código postal)

Coloque el sello médico aquí.

Tenga en cuenta lo siguiente: Solo se aceptarán los originales de este documento.

FORMULARIO DE SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN DE PARATRÁNSITO DEL SCAT

CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE Y SU CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Yo, el solicitante, entiendo que el propósito de este formulario de solicitud es determinar mi elegibilidad para utilizar el sistema de SCAT. Acepto que se divulgue mi información solicitada al SCAT y a cualquier comité de revisión de elegibilidad, y entiendo que la información que contiene este documento se tratará de manera confidencial. Entiendo que el SCAT se reserva el derecho de solicitar información adicional a su discreción. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que el profesional médico autorizado que firmó esta solicitud utilice o divulgue determinada información médica protegida (protected health information, PHI) sobre mí a la Oficina para Personas con Discapacidades del Condado de Suffolk (Suffolk County Office for People with Disabilities). La información se utilizará o divulgará con el siguiente propósito: determinar la elegibilidad para utilizar el servicio de paratrásito del SCAT.

Entiendo que se devolverá mi solicitud si **no está completa**. Confirmando que toda la información que proporciono en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que mi solicitud está sujeta a revisión y verificación, y que la tergiversación de cualquier información sustancial dará lugar a la revocación de mi certificación. Entiendo que cualquier declaración falsa hecha en este documento podría dar como resultado el rechazo de mi solicitud del servicio de paratrásito.

Entiendo que el proceso de solicitud puede demorar hasta 21 días desde el momento en que el SCAT recibe la solicitud completa. La devolución de mi solicitud para poder aclarar algún dato o para obtener información adicional podría demorar el proceso.

Acepto notificar a la Oficina para Personas con Discapacidades del Condado de Suffolk llamando al 853-8333 si, por algún motivo, ya no necesito utilizar el sistema de paratrásito o si se produce algún cambio en mi capacidad para usar el servicio de autobuses. Además, entiendo que el hecho de no cumplir con las políticas y los procedimientos de uso del sistema de paratrásito podría ser motivo suficiente para suspender o revocar mi elegibilidad para participar en este programa.

En el caso de que solicite elegibilidad para el servicio de paratrásito en otra comunidad, por la presente, autorizo al sistema de paratrásito del SCAT a divulgar la información proporcionada en mi solicitud de SCAT a dicha agencia.

CERTIFICACIÓN: La información proporcionada en esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender.
Las declaraciones falsas están penadas por la sección 210.45 de la Ley Penal (Penal Law).

Firma del solicitante

Nombre en letra de molde del solicitante

Fecha

Firma del preparador (si no es el solicitante)

Fecha

Nombre en letra de molde del preparador, relación o agencia

Tal como se detalla en la carta de presentación, este formulario de solicitud se debe completar y enviar junto con las fotos de identificación de 1 x 1 ¼ pulgadas a:

SCAT
c/o Suffolk County Office for People with Disabilities
Bldg. 158, North County Complex
P.O. Box 6100
Hauppauge, NY 11788-0099
(631) 853-8333 (VOZ)
(631) 853-5658 (TTY)

