

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
MUNICIPIO AUTÓNOMO DE BAYAMÓN
PROGRAMA PARATRANSITO
SOLICITUD PARA CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD
(787) 787-7095 (787) 780-5552, Ext. 2421; 2450; 2436

Gobierno Municipal de Bayamón
Atención: Oficina de Planificación
Área de Programa Paratransito
PO Box 2988, Bayamón, P.R. 00960

PROGRAMA PARATRANSITO

Solicitud para el Servicio Paratransito-ADA, siglas en inglés para la Ley de Americanos con Impedimento

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

Este documento incluye información y formularios que se necesitan para solicitar elegibilidad para el servicio de paratransito en el Municipio de Bayamón. Como parte de los requisitos de la Ley de Americanos con Impedimento, (ADA), el servicio de paratransito se provee por todos los sistemas de transporte públicos financiados con fondos federales. Este tipo de servicio se limita a personas quienes no pueden usar sin ayuda, los sistemas de transporte público de rutas fijas de vez en cuando o siempre debido a una incapacidad o condición de salud relacionada. Para usar el servicio de paratransito-ADA, usted tiene que ser certificado como elegible. Esta elegibilidad se determina caso a caso.

Para solicitar elegibilidad, usted tiene que llenar por completo el formulario adjunto.

Evaluaremos su habilidad para usar transportación pública accesible, como el servicio de Tolleys. Después de estudiar su solicitud, es posible que necesitemos más información. Por ejemplo, es posible que necesitemos:

- Comunicarnos con usted por teléfono
- Hacer una cita para entrevistarle personalmente o hacer una evaluación de su habilidad funcional, o
- Consultar su médico, profesional de salud u otro especialista sobre su condición y habilidades

Si usted necesitara Braille, Letra grande, Cinta Audible o Disco de Computadora CDR llame al 787-787-5161; 787-787-5021

Después que se ha recibido, su solicitud será procesada dentro de 21 días laborables. La solicitud tiene que ser llenada apropiadamente. Si se exige, usted debe estar disponible para una segunda evaluación. La segunda evaluación puede incluir una entrevista telefónica, verificación médica o entrevista personal. La entrevista personal puede incluir una prueba de función para determinar su habilidad de viajar en la transportación pública, así como la capacidad de caminar a una parada de autobús, leer letreros, etc.

Usted recibirá un aviso escrito de la determinación de su elegibilidad por correo. Si usted ha sido certificado como elegible, será elegible para viajar dentro de la zona de servicio del trolley. Si usted no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad, tiene el derecho de apelar. Información sobre como apelar será incluida junto con su aviso de elegibilidad. Si una determinación de elegibilidad toma más de 21 días laborables, usted puede recibir elegibilidad que le permite usar el servicio de paratransito hasta que se logre una determinación final. Esto no aplica si, por falta de acción de su parte, nosotros no podemos completar el procesamiento de su solicitud.

INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

1. Favor de escribir con letras de molde o con maquina de escribir respuestas completas a todas las preguntas en la solicitud. Sus respuestas y explicaciones detalladas nos ayudarán a hacer una determinación apropiada. Asegúrese de responder a TODAS las preguntas, de lo contrario su solicitud será considerada incompleta y no será procesada. Se devolverán todas las solicitudes incompletas.
2. No se requiere incluir información o páginas adicionales. No obstante, tal vez querrá enviar otros documentos que piensa que nos ayudarán a entender sus limitaciones. Toda información que nos provee permanecerá confidencial.
3. Usted tiene que proveer FIRMAS en dos lugares para completar la solicitud.
 - Certificación del solicitante
 - Autorización para dispensar información por un profesional médico o de rehabilitación
4. Deberá incluir tres (3) fotos 2x2.
5. Regrese la solicitud completada a:

Gobierno Municipal de Bayamón
Atención: Oficina de Planificación
Área de Programa Paratransito
PO Box 2988, Bayamón, P.R. 00960

Para ayuda con el proceso de solicitud o para averiguar el estado de su solicitud, llame al

(787) 780-5552, Ext. 2421 ; 2450 ; 2436
(787) 787-7095 Directo

Gracias

PARTE 1. Información General

Nombre _____ Inicial _____ Apellidos _____
Últimos cuatro dígitos del Seguro Social: XXX-XX- _____ Sexo: _____ M _____ F
Dirección Residencial: _____ : Apt.#: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Dirección Postal (Si es distinta a residencial): _____ : Apt.#: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: () _____ TDD/TTY (Teletexto): () _____ Otros () _____
Fecha de Nacimiento : Día / _____ / Mes: / _____ / Año: / _____ /

Necesita esta solicitud y la información escrita futura en un formato accesible a personas Impedidas?

Si _____ No _____ (Si la respuesta es "Sí" ¿qué formato prefiere?)

Disquete _____ Audio _____ Cinta _____ Braille _____ Letra Grande _____ Otro _____

Si recibió asistencia para llenar esta forma, favor de indicar quién:

Nombre: _____ Teléfono:() _____ Parentesco: _____

Favor de indicar si esta persona puede ser directamente contactado en caso de requerirse información adicional. _____ Si _____ No

Favor de proporcionar el nombre y teléfono de algún amigo o pariente con quien comunicarnos si no le podemos localizar a usted en su teléfono regular:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Teléfono Diurno: () _____ Teléfono Nocturno: () _____

¿Es usted recipiente de Medicaid? _____ Si _____ No

En caso afirmativo, indique su número de afiliación Medicaid: _____

PARTE 2. Favor de contestar detalladamente las siguientes preguntas—Sus respuestas específicas nos ayudarán a determinar los derechos que le correspondan.

1. ¿En que consiste su incapacidad o condición de salud que le impide o la limita a utilizar el servicio de ruta regular? _____
 - a) Explique CÓMO es que su incapacidad o condición de salud le impide utilizar independientemente el servicio de ruta regular _____

 - b) Las condiciones descritas arriba ¿son permanentes _____ o temporeras _____? (Seleccione una.)
 - c) Si son temporeras, ¿cuánto tiempo estima que durará esta condición? _____.
 - d) Provea la evidencia médica demostrativa de su condición.
2. ¿Cómo se transporta actualmente a sus destinos más frecuentes? Marque todas las que correspondan.
Vehículo Propio _____ Autobuses AMA _____ Carros/Guaguas Públicos _____ Alguien me lleva _____
Yo conduzco _____ Paratransito/Llame y Viaje _____ Taxi _____ Otro: _____
3. ¿Varían sus condiciones de salud o impedimento de un día para otro de manera que afecte su capacidad para utilizar los trolleys de ruta regular?
_____ Sí, a veces mejoran, _____ a veces empeoran. _____ No, no varían. _____ No lo sé.

Si la respuesta es "Sí" o "No lo sé" explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

Para las preguntas 4 a 12, favor de indicar si usted puede realizar en forma independiente las siguientes funciones. TODAS las respuestas que indiquen “No”, o “A Veces”, deben explicarse e incluir la evidencia médica en apoyo a la contestación. Si no lo hace se considerará que la solicitud está incompleta.

4. ¿Entiende usted las direcciones necesarias para coordinar y realizar un viaje? (Esto no se refiere a no entender el idioma Español.) _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

5. ¿Puede usted identificar la parada de transporte público correcta? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

6. ¿Puede usted identificar el vehículo de transporte público correcto? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

7. ¿Puede usted llegar hasta y desde la parada de transporte público más cercana? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

Anote cuántas cuadras, calles o avenidas puede recorrer en forma independiente: _____

8. ¿Puede usted esperar al menos 15 minutos en una parada de transporte público? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

¿Podría esperar más de 15 minutos? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

¿Podría esperar si hubiese un lugar para sentarse o una caseta de descanso? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica en apoyo a ésta contestación.

9. ¿Puede usted subir o bajar de un vehículo de transporte público sin que le asistan? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

10. ¿Puede usted subir o bajar de un vehículo de transporte público si cuenta con una rampa de ascenso o si el frente del autobús es más bajo? _____ Sí _____ No _____ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

11. ¿Puede usted sujetar las manijas o pasamanos, monedas o boletos al abordar o descender de un vehículo de transporte público? Sí No A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

12. ¿Puede usted mantener el equilibrio y tolerar el movimiento del vehículo de transporte público al estar sentado? Sí No A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

13. ¿Alguna vez ha recibido capacitación o instrucciones para aprender cómo utilizar el vehículo de transporte público? Sí No A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

14. ¿Deberá estar equipado con acceso para discapacitados el transporte público que usted requiere?

Sí No A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: _____

15. ¿Utiliza usted cualquiera de los siguientes equipos de movilidad, auxiliares de movimiento o equipo especializado? Marque todos los que correspondan.

Silla de Ruedas Manual Bastón Muletas Silla Eléctrica Bastón Blanco
 Andador Motoneta Prótesis Identificación Personal Tabla de Comunicación Aparato Ortopédico Tarjetas para Memoria Aparato de Respiración (Oxígeno Portátil O₂) Perro para Invidente / Animal de Servicio

Otros: _____

***Dimensiones de Silla de Ruedas/Motoneta Largo Ancho**

(Favor de proporcionar el largo y ancho 2 pulgadas arriba del suelo incluyendo los descansos para pies. Estas dimensiones son necesarias para cumplir con los requisitos de implementación de la Ley de Americanos Discapacitados (ADA))

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

16. ¿Le acompaña un Asistente de Cuidado Personal (PCA) y/o un animal de servicio cuando sale usted de su hogar? Nota: Un PCA es una persona certificada para asistir a una persona discapacitada en sus necesidades personales y/o facilitar la travesía durante algún viaje específico. (Ej. Médico, enfermera.) Un animal de servicio esta adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota. Sí No A Veces

Si respondió “Sí” o “A Veces” favor de proporcionar el nombre del PCA y/o el tipo de animal de servicio: _____

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

17. ¿Utiliza actualmente servicios de paratransito? (Favor de seleccionar una opción): Sí No A Veces

Si respondió “Sí” o “A Veces” cuándo utiliza el servicio de paratransito?

Favor de proporcionar el nombre del proveedor del servicio de paratransito: _____

PARTE 3. Firma:

Favor de llenar el Recuadro A Menos de que usted sea Menor de Edad o tenga un Tutor Legal, en cuyo caso el Padre o Tutor Legal debe llenar el Recuadro B.

A. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el incluir información falsa puede tener como consecuencia la negación del servicio. Entiendo que toda la información es estrictamente confidencial, y que solamente se revelará la información necesaria para brindar los servicios a quienes presten dichos servicios. Entiendo que podría ser necesario contactar a algún profesional familiarizado con mi capacidad funcional para usar el transporte público, a fin de asistir durante la determinación de la elegibilidad.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

B. Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si el Solicitante tiene derecho a utilizar los Servicios de Paratrásito conforme a la Ley ADA. Hago constar que la información presentada en esta solicitud es correcta y conforme a la verdad. Entiendo que el incluir información falsa puede tener como consecuencia la negación del servicio, así como sanciones conforme a la ley. Convengo además, en notificar al Programa Paratransito si el Solicitante ya no necesitara los Servicios de Paratrásito conforme a la Ley ADA.

Doy mi consentimiento para la entrevista con el Solicitante y la evaluación funcional de su capacidad para viajar y las limitaciones que determinen la elegibilidad para los derechos de paratrásito que correspondan conforme a la Ley ADA. Me doy por enterado que puedo estar presente durante la entrevista y cualquier evaluación funcional, y declaro que: (Seleccione uno de los siguientes)

- _____ Estaré presente
- _____ Designo a _____ para que esté presente en mi representación, o
- _____ Renuncio a mi derecho a estar presente y no designo a otra persona para que me represente.

Firma del Padre o Tutor Legal _____ **Fecha** _____

Firma del solicitante _____

AUTORIZACIÓN PARA EXAMINAR Y/O ENTREGAR REGISTROS MÉDICOS (Debe ser llenado por el Solicitante)

La verificación del impedimento por un profesional acreditado no garantiza la elegibilidad para el derecho de servicios de transporte de paratransito, pero sí puede representar un importante papel en el proceso de determinación de dichos derechos. Por tanto, es importante que un profesional acreditado verifique la incapacidad/ impedimento del individuo, así como la imposibilidad del solicitante para viajar en el sistema regular de trolleys del Municipio Autónomo de Bayamón.

Por consiguiente, yo, _____, mayor de edad, y vecino de _____, Puerto Rico, autorizo al Programa Paratransito del Municipio Autónomo de Bayamón o a cualquier persona a quien encuentre a bien designar, examinar y/o reproducir todos y cada uno de la información médica que acredita mi incapacidad para utilizar el servicio de ruta fija de trolleys que ofrece el Municipio Autónomo de Bayamón. Específicamente autorizo a que se examinen y reproduzcan, sin considerarse como una limitación lo siguiente:

- 1) Todos y cada uno de los documentos relacionados a mi condición física y emocional pasada y presente;
- 2) Todos y cada uno de los documentos que contengan un diagnóstico de mi condición física y emocional;
- 3) Todos y cada uno de los documentos que contengan los tratamientos de mi condición física y emocional;
- 4) Todos y cada uno de los documentos relacionados a mis gastos médicos;
- 5) Todos y cada uno de los documentos relacionados a cualquier examen físico y psicológico que se me haya suministrado, incluyendo cualquier resultado preliminar y/o final de cada examen;
- 6) Todos y cada uno de los documentos sometidos por cualquier médico que me hubiera dado tratamiento.

Entiendo que la información que autorizo sea examinada y reproducida al Programa Paratransito o cualquiera de sus agentes, deja de ser información confidencial y privilegiada bajo el *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 (HIPAA) o al amparo de cualquier Ley Federal o de Puerto Rico y que la misma puede ser a su vez diseminada a las personas que sean necesarias para cualquier fin relacionado a los propósitos de la presente Autorización. De igual forma, relevo al Programa de Paratransito y al Municipio Autónomo de Bayamón, sus agentes y empleados, de toda responsabilidad relacionada a la divulgación de la información médica.

Reconozco que tengo derecho a revocar la presente Autorización, siempre y cuando lo haga por escrito y notifique por correo certificado a la siguiente dirección: Apartado 2988, Bayamón, PR, 00960. Reconozco, además, que la revocación no será efectiva sino hasta la fecha en que el Programa de Paratransito reciba la misma por correo. La revocación tendrá únicamente efecto prospectivo, por lo que no tendrá el efecto de invalidar cualquier uso realizado por el Programa antes del día en que sea efectiva la revocación. Reconozco, además, que tengo derecho a recibir una copia de la presente autorización cuando así lo solicite. Copia de la presente autorización será tan válida como la original. En San Juan, Puerto Rico, hoy de de 2008.

Firma del Solicitante

Profesionales Acreditados

Nota: Sólo los siguientes profesionales acreditados están autorizados a verificar su incapacidad/impedimento: Trabajadores Sociales Clínicos, Especialista Independiente de Vida, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatras, Médicos Acreditados, Terapeuta Físico (PT), Asesor de Rehabilitación Certificado (CRC), Especialista de Orientación y Movilidad (O&M), Especialista en Audición, Oftalmólogo, Psicólogo y Enfermeras Certificadas.

Nombre del Profesional: _____ **Título:** _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono de Oficina: () _____ Otro teléfono: _____

Nombre del Solicitante (use letra de molde): _____

Firma del Solicitante (es necesaria): _____ **Fecha** _____

Solicitante DETÉNGASE Aquí. ¡Un Profesional acreditado debe llenar las siguientes páginas!

PARTE 4: VERIFICACIÓN DE INCAPACIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS DE TRANSPORTACION EN EL PROGRAMA DE PARATRANSITO DEL MUNICIPIO AUTÓNOMO DE BAYAMÓN.

Esta Sección Debe Ser Llenada por un PROFESIONAL ACREDITADO. Favor de Usar Letra de Molde.

Estimado Profesional:

La persona que le hace entrega de este folleto ha indicado que usted puede proporcionar información relativa a su incapacidad/impedimento y el impacto de esta en su habilidad para utilizar los servicios de transportación pública. La Ley de Americanos con Impedimento de 1990 (ADA) obliga a la Autoridad Metropolitana de Autobuses y al Programa Llame y Viaje a ofrecer transportación de respuesta a la demanda a las personas quienes debido a su incapacidad, no pueden utilizar el sistema regular de autobuses. La Ley de Americanos con Impedimento establece tres categorías como sigue:

- 1. Personas que debido a su incapacidad no pueden abordar, viajar y/o descender por su cuenta de un vehículo con acceso para personas impedidas.**
- 2. Personas que debido a su impedimento no pueden usar vehículos que no cuenten con elevadores, rampas u otras facilidades.**
- 3. Personas que debido a su impedimento no pueden llegar hasta o desde el sitio para abordar o descender del vehículo.**

La información que usted proporcione, conforme a la autorización de la página 8 del presente folleto, nos permitirá realizar una evaluación adecuada de esta solicitud y su aplicabilidad a las peticiones de viajes específicos. La verificación de impedimento es obligatoria para todos los solicitantes del servicio de transporte que da respuesta a la demanda. Todo profesional que verifique el impedimento de un individuo debe contar con conocimientos detallados de primera mano del impedimento de dicha persona, así como también la capacitación y credenciales necesarias para dicha evaluación.

Gracias por su colaboración.

1. Favor de describir su estatus profesional (Médico Certificado, Terapeuta Físico, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, etc.), número de licencia y sus métodos para evaluar el impedimento del solicitante.

2. Favor de describir las condiciones actuales que incapacitan al solicitante.

3. ¿Es temporal la condición o incapacidad del solicitante? _____ Sí _____ No

Si es **SÍ**, para cuando se espera la recuperación /_____/ (meses)

4. ¿Ha recibido el solicitante algún adiestramiento/capacitación para aprender a usar el sistema regular de autobuses? _____ Sí _____ No _____ No Sabe

El adiestramiento o capacitación fue proporcionado por: _____
(Nombre de la Agencia/ Institución)

II. Incapacidad Física

1. ¿Qué tan lejos puede desplazarse el solicitante sin la ayuda de otra persona, con o sin algún equipo auxiliar del movimiento?

_____ Más de 200 ft. _____ Menos de 200 ft. _____ Dos Cuadras _____ ¼ de Milla (3 cuadras)
_____ ½ Milla (6 cuadras) _____ ¾ de Milla (9 cuadras) _____ Más de ¾ de Milla _____ Otro

2. ¿Puede el solicitante subir tres escalones de 12 pulgadas, usando pasamanos sin la asistencia de otra persona? _____ Sí _____ No _____ A Veces

3. ¿Puede el solicitante esperar afuera solo, sin apoyo o supervisión durante diez (10) minutos?
_____ Sí _____ No _____ A Veces

4. ¿Requiere el solicitante ayuda especial y/o equipo auxiliar del movimiento? Explique:

5. ¿Su equipo de movilidad: silla de ruedas manual o eléctrica, scooter u otro tipo de equipo pesa junto con el solicitante más de 600 lb? _____ Sí _____ No Explique: _____

6. ¿Puede el solicitante viajar en el autobús del servicio de ruta regular, con facilidades para silla de ruedas? Favor de describir _____

7. Si el solicitante se cae ¿puede volver a levantarse sin ayuda? _____ Sí _____ No _____ A Veces
Explique: _____

III. Discapacidad Visual

1. Si el solicitante sufre impedimento visual, favor de proporcionar su nivel de agudeza visual con la máxima corrección de anteojos: Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____
Campos Visuales: _____ Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Ambos Ojos _____

IV. Discapacidad Mental

1. ¿Puede el solicitante decir siempre su nombre, dirección, y teléfonos de casa y de emergencia cuando se le pregunta? _____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

2. ¿Puede el solicitante reconocer alguna señal o particularidad de su destino o sitio especial?
_____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

3. ¿Puede el solicitante lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en su rutina?
_____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

4. ¿Puede el solicitante preguntar, entender y seguir direcciones?
_____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

5. ¿Puede el solicitante desplazarse en forma segura y efectiva a través de multitudes y/o edificios complejos?

_____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

6. ¿Puede el solicitante cruzar calles en forma segura sin ayuda?

_____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

V. Otros Factores

(Esta información es necesaria para todos los solicitantes)

Favor de describir cualquier otra limitación (o limitaciones) funcional(es) relativas a viajar en autobús. Favor de ser específico. _____

1. ¿Puede el solicitante leer y/o entender las señales, letreros y anuncios informativos?

_____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

2. ¿Necesita el solicitante ir acompañado de un Asistente de Cuidado Personal (PCA) al viajar?

Nota: Un PCA es alguien que debidamente certificado para asistir a una persona impedida a realizar sus necesidades personales y/o facilitar el recorrido de un viaje específico. Un animal de servicio está adiestrado para brindar asistencia y no es una mascota.

_____ Sí _____ No Si es **No** Explique: _____

3. Favor de identificar cualquier requerimiento especial del solicitante, particularmente la necesidad de viajar con un respirador o suministro portátil de oxígeno.

4. Favor de describir cualesquiera otros aspectos del impedimento del solicitante que pueda afectar el viajar.

Yo _____, entiendo que la Verificación de Impedimento por un profesional acreditado no garantiza el reconocimiento de los derechos, pero juega un papel muy importante en el proceso de determinación de la elegibilidad a los derechos. Por lo tanto, hago constar que estoy familiarizado con la incapacidad específica del solicitante y con su capacidad o incapacidad para viajar en el sistema regular de autobuses de AMA/Llame y Viaje.

Por tanto, por la presente autorizo al personal del Programa Llame y Viaje a comunicarse conmigo o con miembros de mi oficina si es necesario, para completar el proceso de determinación de derecho, conforme a las disposiciones reglamentarias de implementación de la ADA (Vg.. Partes 37 y 38 del Código Federal CFR). Asimismo, convengo en proporcionar cualquier evidencia o documentación que AMA/Llame y Viaje considere necesaria para la determinación final de los derechos para el goce de los servicios de transporte de Paratránsito de respuesta a la demanda, o cualquier apelación subsiguiente. Hago constar que la información arriba presentada es correcta y conforme a la verdad. Entiendo además que las declaraciones y certificaciones falsas o fraudulentas son sancionables conforme a la Ley.

Firma _____ **Fecha:** _____

Nombre (use letra de molde) _____

Lic. Núm. _____ Agencia: _____

Dirección: _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal: _____ Teléfono de Oficina: () _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

Solicitud Nueva _____ Sí _____ No

Renovación de Certificación: _____ Sí _____ No

Fecha de Evaluación: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de Vencimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Fecha de Entrevista: Día _____ Mes _____ Año _____

Entrevistado por: _____ Firma: _____

Aprobado por: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Estatus: _____

Categoría de Elegibilidad:

_____ **Categoría 1- SIN RESTRICCIONES**

Cualquier persona incapacitada a la que le sea imposible abordar, viajar o bajar de un vehículo accesible sin la ayuda de otra persona (excepto por el operador de un elevador u otros dispositivos de abordaje).

_____ **Categoría 2- SIN RESTRICCIONES A VECES (VIAJE A VIAJE)**

Cualquier persona incapacitada que puede viajar en un vehículo accesible pero el equipo o la ubicación no cumple con las normas estipuladas por ADA. (no es accesible).

_____ **Categoría 3- CONDICIONAL**

Cualquier persona incapacitada que posea un padecimiento específico relacionado con su incapacidad y evite que dicha persona pueda viajar a un lugar de abordaje o desembarque.

Temporal _____ **Si** _____ **No Duración (meses):** _____

Núm. de Identificación del Cliente: _____

Comentarios: _____

_____.

SÓLO PARA FINES DE APELACIÓN:

FECHA DE CONTACTO: Día _____ Mes _____ Año: _____

POR: _____

FECHA DE APELACIÓN: Día _____ Mes _____ Año: _____

Explique: _____

_____.

ACCION TOMADA:

FECHA: _____

EVALUADOR: _____

DETERMINACION: _____

_____.