



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 PARATRÁNSITO

Solicitud para el Servicio Paratransito según Ley ADA, siglas en inglés para la Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LOS SOLICITANTES

Este documento incluye la información y los formularios necesarios para solicitar elegibilidad en el servicio de Paratransito del Municipio de Bayamón. Como parte de los requisitos de la Ley ADA, el servicio de Paratransito se provee para todos los sistemas de transporte público 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 (trolleys) debido a una discapacidad o condición de salud relacionada. Para usar el servicio de Paratransito, el solicitante debe ser certificado como elegible. La elegibilidad se determina caso a caso.

Para solicitar elegibilidad, el formulario adjunto debe ser llenado en su totalidad.

Personal del Municipio de Bayamón evaluará su habilidad para usar la transportación pública accesible, como el servicio de Trolleys. Después de estudiar su solicitud, es posible que sea necesario tomar otras medidas para obtener más información. Por ejemplo:

- Comunicarnos con usted por teléfono.
- Hacer una cita para entrevistarle personalmente o hacer una evaluación de su habilidad funcional.
- 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 favor de llamar al 787-780-5552, Ext. 2450 o al 787-787-7095.

Después que se haya recibido, su solicitud será procesada dentro de 21 días laborables. La solicitud tiene que ser llenada apropiadamente. De ser necesario, usted debe estar disponible para una segunda evaluación. La segunda evaluación puede incluir una entrevista, ya sea telefónica o personal, y una verificación por parte de un médico o profesional acreditado. 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, el municipio no puede completar el procesamiento de su solicitud.

INSTRUCCIONES PARA LOS SOLICITANTES

1. Favor de contestar todas las preguntas en la solicitud en letra de molde, de manera clara y legible. Sus respuestas y explicaciones detalladas nos ayudarán a hacer una determinación apropiada. Asegúrese de responder 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, podrá enviar otros documentos que entienda podrían ayudar a demostrar o explicar sus limitaciones. Toda información provista permanecerá confidencial.
3. Deberá proveer FIRMAS en dos lugares para completar la solicitud:
 - a. Certificación del solicitante.
 - b. Autorización para dispensar información por un profesional médico o un profesional de la salud.
4. Deberá incluir dos (2) fotos 2x2.
5. Evidencia de residencia dentro del área de servicio (recibo de agua AAA o luz AEE).
6. Identificación con foto.
7. Certificación médica o de un profesional acreditado que evidencie la discapacidad física y/o mental.
8. Copia del Certificado de Nacimiento.
9. Completar la solicitud.
10. Regresar la solicitud completada a:

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

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

(787) 780-5552, Ext. 2421 ; 2450 ; 2436
PARA CITAS MARQUE EXTENSION 2421

(787) 787-7095 FAX

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): () _____ Otro () _____
Fecha de Nacimiento: Día / _____ / Mes: / _____ / Año: / _____ /

Necesita esta solicitud y otra información futura en un formato accesible a personas con impedimento?

_____ Si _____ No (Si la respuesta es "Sí" ¿qué formato prefiere?)
_____ Audio _____ Cinta con subtítulos _____ 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. Información sobre la Discapacidad. Favor de contestar detalladamente las siguientes preguntas. Las respuestas nos ayudarán a determinar los su elegibilidad.

1. ¿En qué consiste su discapacidad o condición de salud que le impide o limita a utilizar el servicio de ruta regular? _____

a) Explique CÓMO es que su discapacidad 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.

_____ Yo conduzco _____ Alguien me lleva _____ AMA _____ Carro Público _____ Tren Urbano
_____ Trolley _____ Llame y Viaje _____ Compañía privada de transporte a citas médicas
_____ 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, _____ Sí, 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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____
_____.

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 por qué: _____

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 por qué: _____

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 por qué: _____

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

14. ¿Deberá estar equipado con rampa o algún acceso a sillas de rueda el transporte público que usted requiere? Sí No A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique por qué: _____

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 Motorizada Bastón Blanco
 Andador “Scooter” Prótesis Identificación Personal Tabla de Comunicación Equipo Tecnológico para Comunicación Aparato Ortopédico Tarjetas para Memoria Aparato de Respiración (Oxígeno Portátil O₂) Perro para Invidente / Animal de Servicio
Otros: _____

***Dimensiones de Silla de Ruedas/“Scooter” (Largo y 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 Ciudadanos Americanos con Discapacidades, 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 con discapacidades en sus necesidades personales y/o facilitar la travesía durante algún viaje específico. (Ej. Médico, enfermera.) Un animal de servicio está 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 Paratrásito? (Favor de seleccionar una opción): Sí No A Veces
Si respondió “Sí” o “A Veces” cuándo utiliza el servicio de Paratrásito?

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

PARTE 3. Firma

Favor de llenar el Recuadro (A). De ser menor de edad o tener un tutor legal, 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. Al igual entiendo que toda la información es estrictamente confidencial, y que solamente se revelará la información necesaria 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 Paratrásito si el Solicitante ya no necesitara los servicios conforme a la Ley ADA.

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

_____ Estaré presente.

_____ Designo a _____ para que esté asista en mi representación.

_____ 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 llenada por el Solicitante)

La verificación del impedimento o discapacidad por un profesional acreditado no garantiza la elegibilidad para el derecho de servicios de transporte de Paratrásito, 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 discapacidad/impedimento del individuo, así como la imposibilidad del solicitante para viajar en el sistema de trolleys del Municipio Autónomo de Bayamón.

Por consiguiente, yo, _____, mayor de edad, y vecino de _____, Puerto Rico, autorizo al Programa Paratrásito del Municipio Autónomo de Bayamón o a cualquier persona a quien encuentre a bien designar, examinar y/o reproducir toda 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 o profesional acreditado que me hubiera dado tratamiento.

Entiendo que la información que autorizo sea examinada y reproducida al Programa Paratrásito 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 Paratrásito 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 Paratrásito 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 Bayamón, Puerto Rico.

Firma del Solicitante

Profesionales Acreditados

Nota: Sólo los siguientes profesionales acreditados están autorizados a verificar su discapacidad/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** _____

DETÉNGASE ;Sólo un profesional acreditado debe llenar las siguientes páginas!

PARTE 4: VERIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD 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 discapacidad/impedimento y el impacto de ésta en su habilidad para utilizar los servicios de transportación pública. La Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades de 1990 (ADA) estipula el ofrecimiento de transportación de respuesta a la demanda a las personas quienes debido a su discapacidad, no pueden utilizar el sistema regular de autobuses. La Ley ADA establece tres categorías como sigue:

- 1. Personas que debido a su condición de salud o discapacidad no pueden abordar, viajar y/o descender por su cuenta de un vehículo con acceso para personas con impedimento.**
- 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 Paratrásito. Todo profesional que verifique el impedimento de un individuo debe contar con el peritaje y los conocimientos relacionados al 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 de discapacidad del solicitante.

3. ¿Es temporal la condición o discapacidad 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)

Discapacidad Física

1. ¿Qué tan lejos puede desplazarse el solicitante sin la ayuda de otra persona o sin algún equipo asistivo de movilidad?

_____ Más de 200 pies _____ Menos de 200 pies _____ 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 asistivo de movilidad? Explique:

5. ¿Su equipo de movilidad: silla de ruedas manual o motorizada, 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: _____

Discapacidad Visual

1. Si el solicitante tiene 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 _____

Discapacidad Auditiva

1. ¿Tiene el solicitante alguna discapacidad auditiva? _____ Sí _____ No Si es **No** Explique:

2. Si contesto **SÍ** en la pregunta anterior, señale si el solicitante requiere alguna de las siguientes alternativas para comunicarse.

_____ Audífonos _____ Lenguaje de Señas _____ Interprete

Discapacidad Mental/Emocional

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: _____

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 cualquier otro aspecto sobre la condición del solicitante que pueda afectar el viajar.

Yo _____, entiendo que la verificación de condición o discapacidad 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 discapacidad específica del solicitante y con su capacidad o incapacidad para viajar en el sistema regular de Paratransito.

Por tanto, por la presente autorizo al personal del Programa de Paratransito 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 Ley ADA (Vg.. Partes 37 y 38 del Código Federal CFR). Asimismo, convengo en proporcionar cualquier evidencia o documentación que el Programa Paratransito considere necesaria para la determinación final de los derechos para el goce de los servicios de transporte 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 con discapacidad 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 con discapacidad que puede viajar en un vehículo accesible pero el equipo o la ubicación no cumple con las normas estipuladas por la ley ADA. (no es accesible).

_____ **Categoría 3- CONDICIONAL**

Cualquier persona con discapacidad que posea un padecimiento específico relacionado con su discapacidad 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: _____

ACCIÓN TOMADA:

FECHA: _____

EVALUADOR: _____

DETERMINACIÓN: _____
