



Solicitud de Transporte de la ADA

Todas las preguntas deben contestarse antes de que su solicitud sea considerada.

PARTE A: Debe ser completada por el solicitante o alguna persona en su nombre.

SOLO para uso de la Oficina: Aprobada Rechazada Fecha: _____ N° de Cliente _____

COMPLETAR EN MAYÚSCULAS:

Fecha: _____

Solicitante: Masculino Femenino

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección de residencia: Calle _____ N° de Depto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Fecha de nacimiento _____ N° de Seguro Social _____ - _____ - _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono celular () _____

Teléfono del trabajo () _____

CONTACTOS PARA CASOS DE EMERGENCIA DEL SOLICITANTE (Requerido)

Principal:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono celular () _____

Secundario:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____

Teléfono de la casa () _____ Teléfono celular () _____

Teléfono del trabajo () _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

1. Usted es: Actual Cliente/Conductor de transporte especial de la ADA Solicitante nuevo

2. ¿Cuál(es) de las siguientes condiciones, si las hubiera, le impide(n) utilizar el sistema de Rutas Fijas (autobuses de la ciudad)?

- Ninguna Condiciones físicas Condiciones visuales Enfermedad mental
 Lesión cerebral Sordera Retraso mental Otra _____

3. Explique brevemente de qué manera su discapacidad le impide utilizar los Autobuses de Ruta Fija (autobuses de la ciudad).

4. Su discapacidad o condición de salud es: Permanente Temporaria

Temporaria; está previsto que dure hasta _____

5. Indique los principales dispositivos de ayuda para la movilidad que usa cuando viaja en la comunidad:

- Silla de ruedas manual Ruedas Walker Ciego Bastón
 Silla de ruedas plegable Plegable Walker Transportador personal Segway Muletas
 Silla de ruedas eléctrica Animales de servicio Dispositivo para sordera Aparatos ortopédicas
 Scooter Tanque de oxígeno Prótesis Otro _____

6. ¿Es capaz de subir diez escalones con una baranda, sin la ayuda de otra persona?

SI NO

Si su respuesta es no, ¿por qué?

7. Si la discapacidad del solicitante afecta su movilidad, indique qué distancia puede viajar sin la ayuda de otra persona.

_____ menos de 200 ft.
_____ 1 a 2 cuadras
_____ 3 a 4 cuadras

_____ 5 a 6 cuadras
_____ 7 a 8 cuadras
_____ 9 o más cuadras

8. ¿Necesita un Asistente de Cuidado Personal (PCA) que lo ayude a viajar?

- SI NO A veces

9. ¿Ha usado alguna vez el sistema de Rutas Fijas (autobuses de la ciudad)?

- SI NO

10. En caso de haberlo usado, ¿por qué no puede continuar usándolo?

11. Si tiene una discapacidad mental, ¿es capaz de: (tilde las opciones que correspondan)

- dar su nombre, dirección y números de teléfono si se lo piden?
- reconocer un destino o punto de referencia?
- lidiar con situaciones o cambios inesperados en la rutina?
- pedir, comprender y seguir instrucciones?
- moverse de forma segura y efectiva en instalaciones llenas de gente o complejas?

Explicar:

12. Describa su vecindario: (tilde todas las opciones que correspondan)

- aceras frente a su residencia
- rampas para sillas de ruedas en su residencia
- camino pavimentado frente a su residencia
- camino no pavimentado frente a su residencia

Acepto pagar la tarifa exacta para cada viaje. Acepto informar a Waco Transit sobre cualquier cambio en el estado de mi movilidad, que pueda afectar mi elegibilidad para usar el servicio. También comprendo que no adherirse a las políticas y procedimientos podrá ser causante de la suspensión o revocación de mi solicitud y del derecho a utilizar el servicio de Waco Transit. Comprendo y acepto mantener a Waco Transit System indemne respecto de cualquier reclamo o responsabilidad por daños a cualquier persona, propiedad, o injurias personales que ocurran por no tomar las medidas de seguridad del equipo adaptable o animal de servicio que requiero para mi movilidad. Comprendo que brindar información falsa o incorrecta puede resultar en la terminación de mi estado de elegibilidad. He leído y comprendido completamente las condiciones del servicio descritas anteriormente y acepto cumplirlas.

Para el solicitante: Le doy permiso al personal de WTS para que contacten al profesional que ha completado esta solicitud o que ha ofrecido verificación adicional sobre mi condición. Certifico que la información provista en esta solicitud es auténtica y verdadera, según la información que me dio el solicitante.

Firme a continuación para permitir la publicación de información del profesional que completará este formulario. Por medio de la presente solicito que la información concerniente a las limitaciones que me impiden utilizar los autobuses de Ruta Fija sea enviada a W.T.S. para que determinen mi elegibilidad sobre transporte especial de ADA.

Nombre en letra imprenta: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Si esta solicitud ha sido completada por otra persona que no sea la que requiere certificación, complete lo siguiente:

Nombre en letra imprenta _____ Teléfono de día () _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el solicitante _____

Nombre de la agencia _____

Firma _____ Fecha _____

Entregue su solicitud completada en el Edificio Administrativo en:
Waco Transit System 301 S 8th Street Suite 100, o envíelo por correo a:
Waco Transit System
301 S 8th Street Suite 100 Waco Texas 76701

PARTE B: DEBE SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO SOLAMENTE

Profesional de la Salud,

El solicitante necesita que usted revise la información en esta solicitud y complete y firme la parte B de la misma, para certificar que verdaderamente tiene una discapacidad que le impide utilizar los autobuses de Rutas Fijas (autobuses de la ciudad). Esta información se usará para determinar si el solicitante necesita o no un servicio de transporte especial (de puerta a puerta), o si puede usar el servicio de Rutas Fijas para sus necesidades. **Debe ser completada por un profesional médico que sepa sobre la capacidad funcional del solicitante.**

Necesitamos conocer la restricción de su discapacidad que limita su capacidad para viajar en el autobús de Ruta fija. La siguiente información es necesaria para que podamos tramitar la solicitud:

- Detalles precisos sobre las limitaciones funcionales del solicitante y sobre cómo le impiden utilizar un autobús de Ruta Fija.
- Detalles precisos sobre las limitaciones cognitivas del solicitante y sobre cómo le impiden moverse mediante un autobús de Ruta Fija.
- Detalles precisos sobre la limitación física del solicitante y sobre cómo le impiden llegar a una parada de autobuses o a un destino desde la parada.

Según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA), si una persona tiene la capacidad funcional para utilizar los autobuses de Ruta Fija de W.T.S. (autobuses de ciudad), dicha persona no es elegible para el servicio de transporte especial (puerta a puerta). La sola discapacidad o distancia hasta y desde una parada de autobuses, no califica a una persona para el servicio de transporte especial de W.T.S.

Gracias por su ayuda. Si tuviera alguna pregunta al completar la presente solicitud, no dude en contactarnos al 254-750-1620 o 254-750-1621.

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

DEBE SER COMPLETADO SOLAMENTE POR UN PROFESIONAL MÉDICO

Para el Profesional Médico que completa este formulario:

SOLO Profesional Médico

Este formulario debe ser completado por un profesional que sepa sobre la discapacidad del solicitante y sus limitaciones. Tilde la opción correcta, con respecto a la persona que completa el siguiente formulario.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orientador Profesional de Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Instructor O & M |
| <input type="checkbox"/> Trabajador Social Licenciado | <input type="checkbox"/> Médico |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta respiratorio | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Consejero de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra | <input type="checkbox"/> Podiatra |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo | <input type="checkbox"/> Optometrista |
| Otro _____ | |

1. Indique la naturaleza de la discapacidad del solicitante (tilde lo que corresponda)

SOLO Profesional Médico

- Deambulación disminuida o asistida: Especificar los dispositivos de movilidad: _____
- Accidente Cerebrovascular
- Autismo
- Sordera / Dificultad para oír
- Cardíaco
- Enfermedad renal
- Diálisis
- Ciego legal
- Disminuido visual severo
- Alzheimer
- Demencia
- Parálisis cerebral
- Pulmonar: ¿El solicitante se transporta con un Tanque de Oxígeno Portátil? Si No
- Retraso mental (indicar una: Moderado Severo Profundo)
- Artritis: Especificar la extremidad: _____
- Discapacidad neurológica (Especificar) _____
- Convulsiones: Especificar su naturaleza: _____
- Enfermedad mental (Especificar el tipo) _____
- Otro _____

2. En su opinión, ¿puede el solicitante utilizar el:

SOLO Profesional Médico

- Servicio de Rutas Fijas (autobuses de ciudad regulares)?
- servicio de transporte especial (puerta a puerta)?

Si se necesita utilizar el servicio de puerta a puerta, describa la condición física y/o cognitiva y cómo ésta le impide al solicitante utilizar los autobuses de ciudad regulares:

3. ¿Cuál es la duración prevista de la discapacidad del solicitante?

SOLO Profesional Médico

- Permanente Temporaria Duración prevista _____

Si el solicitante tiene una discapacidad cognitiva, ¿es este capaz de:

Proporcionar direcciones y números de teléfono si se lo piden?

- Si No

Reconocer un destino o punto de referencia?

- Si No

Lidiar con situaciones o cambios inesperados en la rutina?

- Si No

Pedir y seguir indicaciones?

- Si No

4. ¿El solicitante requiere un asistente de cuidado personal?

SOLO Profesional Médico

- Nunca Siempre A veces

5. Si la visión está disminuida, ¿cuál es la **Mejor Agudeza Visual Corregida** (Snell)?

Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____

Restricción del campo visual: Derecho _____ Izquierdo _____

Diagnóstico de disminución visual: _____

6. Indique el principal dispositivo de movilidad que utiliza al transportarse en la comunidad:

- Silla de ruedas manual Ruedas Walker Ciego Bastón
- Silla de ruedas plegable Plegable Walker Transportador personal Segway Muletas
- Silla de ruedas eléctrica Animales de servicio Dispositivo para sordera Aparatos ortopédicas
- Scooter Tanque de oxígeno Prótesis Otro _____

7. ¿Qué distancia puede el solicitante caminar o moverse en la silla de ruedas, sin la ayuda de otra persona?

CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

SOLO Profesional Médico

Un profesional calificado debe completar esta sección. Escriba en mayúsculas o con una máquina.

Persona que complete el formulario: _____

Título profesional: _____

Agencia/Afiliación: _____

Domicilio profesional: _____

Ciudad: _____ Estado _____ N° de teléfono _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha en que se recibió la solicitud: _____

Fecha de aprobación: _____

Fecha de rechazo: _____

Fecha en que se informó al solicitante: _____

Firma del personal: _____