



**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 8<sup>th</sup> Street Suite 100, o envíelo por correo a:  
**Waco Transit System**  
**301 S 8<sup>th</sup> 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: \_\_\_\_\_