

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES

# PROGRAMA LLAME Y VIAJE

**SOLICITUD PARA CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD**



**787-294-0500, Ext. 599**

**787-758-8112**

**1-800-981-0097 LIBRE DE CARGOS**

**787-763-2473 (TTY)**

**Autoridad Metropolitana de Autobuses**

**P.O. BOX 195349, SAN JUAN, PUERTO RICO 00919-5349**

**PROGRAMA LLAME Y VIAJE**

**Solicitud para el Servicio Paratránsito-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 Programa Llame y Viaje. Como parte de los requisitos de la Ley de Americanos con Impedimento,(ADA), el servicio de paratransito se provee por todos los sistemas de transportación públicos. Este tipo de servicio se limita a personas quiénes 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. 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 787-294-0500, Ext. 599.**

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. 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 (Página 12 y 13)
- Autorización para dispensar información por un profesional médico o de rehabilitación (Página 14).

4. Deberá incluir tres (3) fotos 2x2.

5. Regrese la solicitud completada a:

**Autoridad Metropolitana de Autobuses**

**Programa Llame y Viaje, Oficinas Centrales, Primer Piso**

**Ave de Diego Num. 37 Río Piedras, P.R. 00927**

**P.O. Box 195349, San Juan, Puerto Rico 00919-5349**

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

787-294-0500 Ext. 502. ó 599. **Gracias**

## PARTE 1. Información General

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ 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

Tels.: \_\_\_\_\_ 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 autobuses 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 por qué: \_\_\_\_\_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 autobús de transporte público?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A Veces

Si respondió “No” o “A Veces” explique porqué: \_\_\_\_\_

Provea la evidencia médica que apoye ésta contestación.

14. ¿Esta 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.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual                                    | <input type="checkbox"/> Bastón             | <input type="checkbox"/> Muletas                 |
| <input type="checkbox"/> Silla Eléctrica   | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco      | <input type="checkbox"/> Andador                 |
| <input type="checkbox"/> Motoneta  | <input type="checkbox"/> Prótesis           | <input type="checkbox"/> Identificación Personal |
| <input type="checkbox"/> Tabla de Comunicación                                     | <input type="checkbox"/> Aparato Ortopédico | <input type="checkbox"/> Tarjetas para Memoria   |
| <input type="checkbox"/> Aparato de Respiración (Oxígeno Portátil O <sub>2</sub> ) |   |  |
| <input type="checkbox"/> Perro para Invidente / Animal de Servicio                 |   |  |
| <input type="checkbox"/> 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 “Si” 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 “Si” 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 Paratransito 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 Llame y Viaje si el Solicitante ya no necesitara los Servicios de Paratransito 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 paratransito 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 autobuses de la Autoridad Metropolitana de Autobuses.

Por consiguiente, yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, y vecino de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, autorizo al Programa lame y Viaje de la Autoridad Metropolitana de Autobuses 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 que ofrece la Autoridad Metropolitana de Autobuses. 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 de Llame y Viaje 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 Llame y Viaje y a la Autoridad Metropolitana de Autobuses, 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 195349, San Juan, PR, 00919-5349.

Reconozco, además, que la revocación no será efectiva sino hasta la fecha en que el Programa de Llame y Viaje 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 profesionistas acreditados están autorizados a verificar su incapacidad/impedimento:

Trabajadores Sociales Clínicos, Especialista Independiente de Vida, Terapista Ocupacional, Psiquiatras, Médicos Acreditados, Terapista 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 LLAME Y VIAJE**

**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, Terapista Físico, Terapista 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_