Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad

SOLICITUD PARATRÁNSITO ADA

De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, El Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad brinda el Servicio de Paratránsito ADA a las personas con una discapacidad que viajan en un área atendida por el Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad pero que no pueden usar el servicio de autobús de ruta regular. Esta solicitud tiene por objeto determinar cuándo y en qué circunstancias el solicitante puede utilizar el servicio de autobús de ruta regular y cuándo se requiere el servicio de paratránsito de la ADA.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

El solicitante (o alguien que lo ayude) debe completar las **PARTES 1-6.** Un profesional con licencia debe completar y firmar la **PARTE 7 – TRATAMIENTO CERTIFICACIÓN PROFESIONAL**, páginas 8-9.

Todos los solicitantes deben completar una solicitud. **Todas las preguntas deben ser respondidas. Aplicaciones incompletas serán regresadas**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad al 575-887-2121.

NOTA: EL PROCESAMIENTO DE ESTA SOLICITUD PUEDE TOMAR HASTA 21 DÍAS

CUANDO ESTÉ COMPLETO, POR FAVOR DEVUELVA ESTA SOLICITUD A:

Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad
510 N. Main
Carlsbad, NM 88220

NO ESCRIBAS EN ESTE ESPACIO

Fecha de recepción: _____ Aprobado: _____ Fecha: _____

Revisado por: _____Denegado:_____ Fecha: _____

PARTE 1 – INFORMACIÓN GENERAL

POR FAVOR IMPRIMIR

Apellido: _____Primer Nombre:_____

Dirección: _____ Apto #_____

Edificio Complejo o Nombre: _____

Ciudad: _____ Estado:_____ Código postal:_____

Dirección postal si es diferente:

_____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento:_____

Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, por favor identifíquelo:

Nombre: _____ Teléfono:_____

Indíquenos el nombre y el número de teléfono de alguien a quien podamos contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Teléfono:_____

Relación: _____

PARTE 2 – CAPACIDAD PARA UTILIZAR LAS RUTAS DEL SISTEMA DE TRÁNSITO MUNICIPIO DE CARLSBAD

Indique a continuación las razones por las que solicita la elegibilidad de paratránsito de la ADA. (Marque todo lo que corresponda)

_____ Puedo usar los autobuses de la ruta del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad para ir a algunos lugares, pero en otros lugares no puedo ir y venir de las paradas de autobús.

_____ Por mi discapacidad, Nunca puedo usar los autobuses de la ruta del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad.

_____ Otras razones (por favor explique): _____

_____

_____

_____

PARTE 3 – INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

1. Qué discapacidades le impiden viajar en las rutas del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad?
   (Check all that apply)

_____ Discapacidad física

_____ Discapacidad visual

_____La discapacidad del desarrollo

_____ Discapacidad mental

_____Discapacidad cognitiva

_____ Otro

Si **Otro**, por favor explique en detalle: _____

_____

_____

2. ¿La discapacidad descrita anteriormente es temporal o permanente?

_____ Temporario, Espero que dure para otro _____ meses.

_____ Permanente

_____ No sé

3. Indique a continuación si utiliza alguna de las siguientes ayudas o equipos de movilidad.

_____ Silla de ruedas manual _____ Silla de ruedas motorizada

_____ Scooter motorizado _____ Bastón blanco largo

_____ Aparatos ortopédicos para piernas _____ Caminante

_____ Bastón _____ Muletas

_____ Animal de servicio (describir) _____

_____ Otro (describir) _____

_____ No utilizo ninguna de las ayudas o equipos anteriores

NOTA: Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad hará todo lo posible para cumplir con los requisitos de ADA para acomodar sillas de ruedas y ayudas para la movilidad. Nosotros llevaremos cualquier silla de ruedas y ocupante, sin importar el tamaño o el peso, si el ascensor y el vehículo pueden acomodarlos físicamente, a menos que hacer sea incompatible con "requisitos legítimos de seguridad." Los requisitos de seguridad legítimos incluyen circunstancias tales como una silla de ruedas de tal tamaño o peso que bloquearía un pasillo o dañaría el elevador de sillas de ruedas. Esto será determinado por el conductor de tránsito.

4. ¿Necesita la asistencia de un asistente de cuidado personal (alguien que debe ayudarlo con las funciones de la vida diaria)?

_____ Sí, Necesito ayuda cuando viajo.

_____ No, No necesito asistencia cuando viajo.

PARTE 4 – PREGUNTAS SOBRE EL USO DE LAS RUTAS DEL SISTEMA DE TRÁNSITO MUNICIPAL DE CARLSBAD

1. ¿Puede solicitar y seguir instrucciones escritas u orales para usar las rutas del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad?

_____ Sí _____ No _____ Algunas veces

Si seleccionó **NO** o **A VECES**, por favor marque todos los que apliquen:

_____ Me confundo y podría perderme

_____ Otras personas no pueden entenderme

_____ Probablemente podría con instrucciones

_____ Otro (por favor describa) _____

2. ¿ Puede ir y venir de las paradas de autobús por su cuenta?

_____ Sí _____ No _____ Algunas veces

Si seleccionó **NO** o **A VECES**, por favor marque todos los que apliquen:

_____ No puedo llegar a lugares si no hay cortes de acera

_____ No puedo si las calles o aceras son demasiado empinadas

_____ No puedo cruzar calles e intersecciones muy transitadas

_____ No puedo viajar afuera cuando hace demasiado calor

_____ No puedo encontrar mi camino en la noche debido a mi visión limitada

_____ Probablemente podría con el entrenamiento de viaje

_____ Me siento inseguro viajando solo

_____ Otro (por favor describa) _____

_____

3. Usando una ayuda para la movilidad o por su cuenta, hasta dónde puede caminar u operar su silla de ruedas o scooter?

_____ No puedo caminar fuera de mi casa o apartamento

_____ Puedo llegar a la acera frente a mi casa o apartamento

_____ Puedo caminar o usar mi silla de ruedas hasta 3 cuadras

_____ Puedo caminar o usar mi silla de ruedas hasta 6 cuadras

_____ Puedo caminar o usar mi silla de ruedas hasta 9 cuadras

4. ¿Puede esperar hasta 30 minutos para un autobús del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad en una parada de autobús?

_____ Sí

_____ Sí, si la parada de autobús tiene un banco de autobús o marquesina

_____ No (por favor explique) _____

5. ¿Hay alguna otra condición que limite su capacidad para viajar en las rutas del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad?

_____ Sí (por favor describa) _____

_____

_____ No

PARTE 5 – INFORMACIÓN DE VIAJE ACTUAL

Enumere los viajes que realizará con mayor frecuencia utilizando el servicio de paratránsito de la ADA. Los ingresaremos en nuestro software de programación y despacho.

EJEMPLO

DE:	**A:**
35 Palm Dr.	Public, 150 Main St.

	DE:	**A:**
(1)	_____	_____
(2)	_____	_____
(3)	_____	_____

PART 6 – CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay momentos en los que no puedo viajar en las rutas del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad y, por lo tanto, debo usar el Servicio de Paratránsito de ADA. Entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá solo con profesionales involucrados en la evaluación de mi elegibilidad. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Autorizo al profesional con licencia que proporcionó o la verificación profesional a divulgar información relacionada con mi discapacidad al Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad para evaluar las determinaciones de elegibilidad.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

ESTO CONCLUYE LA PARTE DE LA SOLICITUD QUE DEBE COMPLETAR EL SOLICITANTE.

THE LAST SECTION (PART 8) OF THIS APPLICATION MUST BE COMPLETED AND SIGNED BY A TREATING PROFESSIONAL.

Ejemplos de profesionales tratantes incluyen:

Médico (M.D. or D.O.)	Especialista en Vida Independiente
Fisioterapeuta	Especialista en rehabilitación
Terapeuta ocupacional	Trabajador social con licencia
Instructor de orientación y movilidad	Optometrista
Enfermero registrado	Psicólogo

PARTE 7 – TRATAMIENTO VERIFICACIÓN PROFESIONAL

El nombre del solicitante: _____

A SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL TRATADOR

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990 requiere que el Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad brinde el Servicio de Paratránsito ADA a cualquier persona cuya discapacidad les impida viajar en las rutas del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad. El servicio de paratránsito ADA se proporciona en un área contigua a las rutas del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad. El solicitante que le ha pedido que revise y firme esta solicitud está solicitando al Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad para ser considerado elegible para el Servicio de Paratránsito ADA.

Revise la información provista por el solicitante en las **PARTES 2-4** de la solicitud y luego responda las siguientes preguntas:

A. ¿Se le ha diagnosticado al solicitante una discapacidad física, mental, cognitiva o de otro tipo??

_____ No

_____ Sí

Diagnóstico y comienzo: _____

Códigos CIE-9: _____

Códigos DSM-IV: _____

OS: campo y agudeza visual: _____

OD: campo y agudeza visual: _____

B. La discapacidad del solicitante es:

_____ Permanente

_____ Temporario – ¿hasta cuando?_____

C. Describa todas las condiciones (físicas, mentales, cognitivas, otras) que impiden funcionalmente que el solicitante utilice la ruta de autobús del Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad:

_____

_____

D. ¿El solicitante requiere la asistencia de un asistente de cuidado personal cuando viaja en un vehículo público?

_____ Sí

_____ No

E. Según su leal saber y entender, ¿la información provista en las **PARTES 2-4** de esta solicitud es verdadera y correcta?

_____ Sí

_____ No

_____ No lo sé

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima o escriba el nombre: _____

Título: _____

Dirección de Negocios: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Para obtener más información, por favor llame:

Sistema de Tránsito Municipal de Carlsbad
510 N. Main
Carlsbad, NM 88220
575-887-2121