

Centro de Terapia Zia, Inc.]

"Zía"

"Ztrans"

SOLICITUD PARATRÁNSITO ADA

De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990, Ztrans brinda el Servicio de Paratrásito Complementario de la ADA a personas con discapacidades que viajan en un área atendida por Ztrans, pero que no pueden usar el servicio regular de autobús de ruta fija. Esta solicitud tiene por objeto determinar cuándo y en qué circunstancias el solicitante puede utilizar el servicio regular de autobús de ruta fija y cuándo se requiere el servicio de paratrásito complementario de la ADA.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD

El solicitante (o alguien que lo ayude) debe completar las PARTES 1-7. Un profesional tratante debe completar y firmar la PARTE 8 - VERIFICACIÓN PROFESIONAL, páginas 8-9.

Todos los solicitantes, ya sean nuevos o recertificados, deben completar una nueva solicitud. El proceso de certificación de paratrásito complementario de la ADA puede implicar una evaluación funcional personal para determinar si el solicitante puede utilizar el servicio regular de autobús de ruta fija. Ztrans pagará la evaluación funcional y proporcionará transporte hacia y desde la evaluación, si es necesario. Todas las preguntas deben ser respondidas. Aplicaciones incompletas serán regresadas. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a Ztrans al (575) 439-4971.

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

CUANDO ESTÉ COMPLETA, DEVUELVA LA SIGUIENTE SOLICITUD A:

Director Ztrans
Centro de Terapia Zia, Inc.
Calle Primera 900
Alamogordo, Nuevo México 88310
Fax: 575-439-4990

NO ESCRIBAS EN ESTE ESPACIO

Nueva Solicitud: _____ Recertificación: _____
Fecha de recepción: _____ Aprobado: _____ Fecha: _____
Revisado por: _____ Denegado: _____ Fecha: _____
Código de factura: _____ Revisión de terceros: _____ Fecha: _____
Se necesita un PCA: _____ I.D. de ADA Número: _____

PARTE 1 – INFORMACIÓN GENERAL

POR FAVOR IMPRIMIR

Apellido nombre: _____
Dirección: _____ Apt # _____
Complejo o nombre del edificio: _____
Ciudad (*): Estado (*): Código postal: _____
Dirección postal si es diferente: _____
Número de teléfono: _____
Fecha de nacimiento: _____

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

Nombre: _____ Número de
teléfono: _____

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

Nombre: _____ Número de
teléfono: _____

Relación: _____

PARTE 2: HABILIDAD PARA UTILIZAR AUTOBUSES DE RUTA FIJA ZTRANS

Indique a continuación las razones por las que solicita la elegibilidad de paratransito de la ADA:

(Marque todo lo que corresponda)

_____ Puedo usar los autobuses de ruta fija Ztrans para ir a algunos lugares, pero en otros lugares no puedo ir y venir de las paradas de autobús.

_____ Puedo usar los autobuses de ruta fija de Ztrans, pero solo si están equipados con elevadores o rampas para sillas de ruedas.

_____ Debido a mi discapacidad, nunca puedo usar los autobuses de ruta fija de Ztrans.

_____ Otras razones (por favor explique): _____

PARTE 3 – INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE

1. ¿Qué tipo de discapacidades le impiden utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans?

(Marque todo lo que corresponda)

_____ Discapacidad física _____

_____ Discapacidad visual

_____ Discapacidad del desarrollo

_____ Discapacidad mental

_____ Discapacidad cognitiva

_____ Otro

Si es otro, por favor explique en detalle:

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

_____ Temporal, espero que dure otros _____ 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 eléctrica

_____ Patinete motorizado

_____ Bastón blanco largo

_____ Aparatos ortopédicos para las piernas

_____ Andador

_____ Bastón

_____ Muletas

_____ Animal de servicio (**describir**) _____

_____ Otro (**describa**) _____

_____ No uso ninguna de las ayudas o equipos anteriores

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

_____ Sí, necesito asistencia cuando viajo

_____ No, no requiero asistencia cuando viajo

PARTE 4 – PREGUNTAS SOBRE EL USO DE AUTOBUSES DE RUTA FIJA ZTRANS

1. ¿Puede pedir y seguir instrucciones escritas u orales para usar los autobuses de ruta fija de Ztrans?

_____ Sí _____ No _____ A veces

Si seleccionó NO o A VECES, marque todo lo que corresponda:

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 de Ztrans por su cuenta?

Sí No A veces

No puedo llegar a lugares si no hay cortes en las aceras

No puedo si las calles o aceras son muy 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 la capacitación para viajar

Me siento inseguro viajando solo

Otro (por favor describa) _____

3. Usando un asistente de movilidad o por su cuenta, ¿cuán lejos 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 de ruta fija Ztrans en una parada de autobús?

____ Sí

____ Sí, si la parada de autobús tiene banco o marquesina

____ No (por favor explique) _____

. ¿Existen otras condiciones que limiten su capacidad para utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans?

____ Sí (por favor describa) _____

____ No

PARTE 5 - INFORMACIÓN DE VIAJE ACTUAL

Enumere los viajes que realizará con mayor frecuencia utilizando el servicio de paratransito de la ADA.

EJEMPLO	
DESDE: 35 Palm Drive Publix:	HASTA: 150 Calle Principal:

DESDE:

HASTA:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

PARTE 6 - INFORMACIÓN SOBRE EL USO DEL AUTOBÚS Y LA CAPACITACIÓN PARA VIAJAR

NOTA: La capacitación para viajar es una instrucción personalizada (individual o grupal) que enseña las habilidades necesarias para usar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans. Sus respuestas a estas preguntas no se tendrán en cuenta al determinar su elegibilidad para el Paratrásito de la ADA.

1. ¿Ha utilizado alguna vez autobuses de ruta fija de Ztrans?

Sí, normalmente uso los autobuses de ruta fija de Ztrans _____ veces a la semana

Sí, usé los autobuses de ruta fija de Ztrans pero me detuve (indique las razones)

No, nunca uso los autobuses de ruta fija de Ztrans porque (indique las razones)

2. ¿Qué podría ayudarlo a viajar en los autobuses de ruta fija de Ztrans? (Marque todo lo que corresponda)

Información de rutas y horarios

Poder obtener autobuses de ruta fija Ztrans con elevadores o rampas para sillas de ruedas

Una ayuda de comunicación (es decir, TTY, horarios en formatos accesibles)

Aprender a usar los autobuses de ruta fija Ztrans con capacitación en viajes

Si las paradas de autobús estuvieran más cerca de donde vivo y adónde debo ir

Otro (por favor describa) _____

Ninguno de estos ayudaría

3. ¿Alguna vez ha recibido alguna instrucción personal sobre cómo utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans?

No, nunca he recibido ningún entrenamiento de viaje

Sí, he recibido instrucción personal de capacitación en viajes a través de una agencia

Nombre de la agencia: _____

Si seleccionó Sí, indique a continuación las habilidades que aprendió:

Para viajar hacia y desde las paradas de autobús

Cruzar calles

Para leer los horarios de los autobuses y planificar viajes

Para recorrer las siguientes rutas:

Ruta # _____ Ruta # _____ Ruta # _____ Ruta # _____

Otro (por favor explique) _____

4. ¿Completó la capacitación anterior?

Sí

No

5. Si Ztrans ofrece Capacitación de viaje gratuita a cualquier persona interesada en aprender a viajar en el servicio de autobús de ruta fija, ¿le interesaría obtener información sobre esta capacitación?

Sí

No

PARTE 7 – CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay momentos en los que no puedo usar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans y, por lo tanto, debo usar el Servicio de paratransito complementario de la ADA. Entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y se compartirá solo con los 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 la verificación profesional a divulgar información relacionada con mi discapacidad a Ztrans para evaluar las determinaciones de elegibilidad.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

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

LA ÚLTIMA SECCIÓN (PÁGINAS 8 Y 9) DE ESTA SOLICITUD DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN PROFESIONAL CALIFICADO Y CON LICENCIA.

EJEMPLOS DE PROFESIONALES CALIFICADOS INCLUYEN:

Médico (M.D. o D.O.)

Especialista en Vida Independiente

Fisioterapeuta

Especialista en Rehabilitación

Terapeuta Ocupacional

Trabajadora Social Licenciada

Instructora de Orientación y Movilidad

Optometrista

Enfermera registrada

psicóloga

PARTE 8 - 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 Ztrans brinde el Servicio de Paratrásito Complementario de ADA a cualquier persona que no pueda usar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans debido a una discapacidad. El servicio de paratrásito complementario de la ADA se brinda en un área contigua al servicio de autobús de ruta fija de Ztrans. El solicitante que le ha pedido que revise y firme esta solicitud solicita a Ztrans que se le considere elegible para el Servicio de paratrásito complementario de la ADA, que está destinado únicamente a aquellos viajes que el solicitante no puede realizar en el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans. Esta solicitud tiene por objeto determinar cuándo y en qué circunstancias el solicitante puede usar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans y cuándo necesita el servicio de paratrásito complementario de la ADA. Revise la información provista por el solicitante en las PARTES 2-4 de esta 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: _____

CIE – 9 códigos: _____

Códigos DSM-IV: _____

OS - agudeza visual y campo: _____

OD - agudeza visual y campo: _____

B. La discapacidad del solicitante es:

_____ Permanente _____ Temporal – ¿hasta cuándo? _____

C. Describa todas las condiciones (físicas, mentales, cognitivas, otras) que impiden funcionalmente que el solicitante utilice los autobuses de ruta fija de Ztrans:

D. ¿Requiere el solicitante la asistencia de un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaja en un vehículo público?

Sí

No

E. A 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: _____

Número de licencia del estado de Nuevo México: _____

Dirección comercial: _____ Número de teléfono: _____

Ciudad (*): _____ Estado (*): _____ Código postal: _____

Para obtener más información, llame, escriba o envíe un correo electrónico:

Ztrans

Centro de Terapia Zia, Inc.

Calle Primera 900

Alamogordo, Nuevo México 88310

(575) 439-4971

ztrans@ziatherapy.org