

**¡LAS PÁGINAS 1 A 6 DEBEN SER CONSERVADAS POR EL SOLICITANTE CON FINES INFORMATIVOS!**

SERVICIOS DE TRANSPORTE ZIA

(Una división de Zia Therapy)

SISTEMAS DE TRANSPORTE ADAPTADO

**¿QUÉ ES EL AUTOBÚS PARA-TRANSPORTE?**

El paratransito es un servicio de transporte especial ofrecido por el Servicio de Transporte Público Ztrans, que brinda un servicio “de origen a destino” o “puerta a puerta” a pedido para personas con discapacidades que no pueden utilizar el transporte público convencional. El autobús de paratransito cumple totalmente con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El autobús es operado por conductores especialmente capacitados para brindar servicio a personas con discapacidades.

**¿QUIÉN TIENE DERECHO AL SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO?**

Las personas que vivan a menos de 3/4 de milla de la ruta fija de un autobús Ztrans, que hayan sido certificadas como elegibles por un profesional sanitario autorizado y que hayan completado la solicitud de transporte adaptado, pueden optar a los servicios de transporte adaptado.

Zia Therapy Center, Inc. cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 para los servicios de transporte adaptado. Las personas con discapacidades que se encuentren en las siguientes categorías son elegibles para recibir servicios de transporte adaptado.

*Categoría I*

Solicitantes que no pueden utilizar de forma independiente un autobús o servicio de Ztrans, incluso con formación.

*Categoría II*

Solicitantes que pueden utilizar o aprender a utilizar un sistema de transporte público accesible, pero el sistema no es totalmente accesible.

*Categoría III*

Solicitantes que tienen una discapacidad específica que les impide llegar a una parada de autobús o salir de ella.

## **¿CÓMO PUEDO ESTABLECER MI ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS DE TRANSPORTE ADAPTADO?**

### **Cómo solicitar los servicios de transporte adaptado**

Los solicitantes deben seguir estos pasos para ser considerados para los Servicios Complementarios de Transporte Adaptado:

#### **Paso 1**

Rellene el formulario de certificación de transporte adaptado.  
Póngase en contacto con Ztrans llamando al 575-439-4971 para solicitar un formulario de certificación de transporte adaptado.

#### **Paso 2**

Obtenga una verificación por escrito de su discapacidad por parte de un profesional sanitario autorizado.

#### **Paso 3**

Envíe el formulario y los documentos de verificación a Ztrans. Puede completar el formulario en línea y luego imprimirlo para enviarlo por correo postal o fax, o guardarlo en su computadora para enviarlo como archivo adjunto por correo electrónico a [ztrans@ziatherapy.org](mailto:ztrans@ziatherapy.org). Una vez recibido, un representante se comunicará con usted para programar una evaluación presencial de determinación de elegibilidad, si es necesario.

Rellene el formulario de solicitud correspondiente y solicite a un profesional sanitario autorizado que certifique que usted cumple los requisitos. Las solicitudes con la certificación deben enviarse a:

Servicios de transporte Zia  
Una división del Centro de Terapia Zia  
900 First Street  
Alamogordo, NM 88310

Cada solicitud será revisada rápidamente. Cuando surjan dudas sobre la elegibilidad, la decisión final la tomará un comité asesor con la ayuda del personal médico cuando sea necesario. Los criterios de elegibilidad se indican en otra sección de estas directrices. Si necesita una tarjeta de identificación o una carta que acredite su elegibilidad para nuestro servicio de transporte adaptado debido a que va a abandonar la zona, se la proporcionaremos si lo solicita.

## **¿CUÁNDO PUEDO UTILIZAR EL SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO?**

El servicio de transporte adaptado funciona de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m. Si prevé que se retrasará en una cita médica o de otro tipo, informe a la oficina de transporte adaptado llamando al 439-4971. El servicio de transporte adaptado NO es un servicio de ambulancia. No se puede solicitar para emergencias. Llame al 911.

## **¿CÓMO SOLICITO EL SERVICIO?**

1. Debe llamar a la oficina al 575-439-4971, como mínimo el día anterior a la fecha del viaje solicitado, o hasta 14 días antes, para programar una cita de lunes a viernes. El horario de oficina es de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., de lunes a viernes. Las llamadas fuera del horario de oficina serán atendidas por un servicio de grabación de voz.
2. El servicio de transporte adaptado **funciona por orden de llegada**. No podemos garantizarle un viaje a la hora solicitada si ese horario está completo, pero colaboraremos con usted para encontrar una hora que le resulte conveniente.

## **¿ALGUIEN PUEDE ACOMPAÑARME EN EL SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO?**

Si un pasajero con derecho a ello necesita asistencia, puede traer consigo a un acompañante para que le ayude. Este requisito debe indicarse en la solicitud y mencionarse cada vez que se solicite el servicio. El acompañante viaja GRATIS.

Los conductores pueden ayudar a los pasajeros a subir y bajar del vehículo. Sin embargo, NO se les permite entrar en un edificio para ayudar a un cliente. Los pasajeros que necesiten ayuda pueden traer un acompañante. **Si tiene previsto llevar la compra a casa y no es capaz de transportarla usted mismo, le recomendamos que traiga un acompañante para que le ayude.** Hay un límite de 4 bolsas por cliente.

Puede traer más de un acompañante, si hay espacio disponible. Si desea traer un acompañante, debe notificarlo al programador cuando reserve el viaje.

## **¿EXISTEN LIMITACIONES PARA EL TRANSPORTE ADAPTADO?**

Para proporcionar el servicio más eficiente a todos sus usuarios, le rogamos que respete lo siguiente:

1. Todos los pasajeros deben acostumbrarse a estar listos para la recogida 15 minutos antes de la hora programada, de modo que cuando llegue el conductor, estén preparados. **El conductor no esperará más de 5 minutos después de la hora programada para la recogida.** Piense en el servicio de transporte adaptado como si fuera un servicio de autobús convencional; esté listo cuando llegue el autobús.
2. Las cancelaciones deben realizarse el día anterior al viaje, y como muy tarde 1 hora antes del mismo, o se considerarán como NO PRESENTACIÓN. Las numerosas no presentaciones pueden dar lugar a sanciones de acuerdo con la Política de no presentación de Ztrans Rider.
3. Recuerde que los conductores suelen tener otras recogidas y entregas en la misma ruta. No pida al conductor que le lleve primero a casa si ello interfiere con el horario.
4. Si planea varias paradas en un solo viaje, llame a la oficina y programe cada recogida por separado. Los conductores no están autorizados a esperar a los pasajeros.

5. En ocasiones, es posible que llamemos a los pasajeros para informarles de un ligero cambio en la hora de recogida cuando sea necesario para mejorar la programación.
6. En ocasiones, la recogida de un vehículo puede retrasarse debido al exceso de tráfico, a una avería mecánica o a que el vehículo no está disponible de inmediato
7. Si encuentra otra forma de volver a casa, no olvide informar a la oficina lo antes posible. De lo contrario, podría considerarse una AUSENCIA INJUSTIFICADA.
8. Todas las quejas relacionadas con vehículos, conductores, etc. deben dirigirse a la oficina de Ztrans, Kim Cox, al 575-439-4900, ext. 147, o directamente al 575-488-4947.

### **¿QUÉ SUCEDE SI NO ESTOY DONDE DEBO ESTAR CUANDO LLEGA EL AUTOBÚS A RECOGERME?**

Se puede emitir un NO SHOW y numerosos No-Shows pueden dar lugar a sanciones de acuerdo con la Política de No-Shows de Ztrans Rider.

### **MAL COMPORTAMIENTO**

Si algún cliente interfiere con el funcionamiento seguro del vehículo, causa estrés mental o físico al conductor o a otros clientes, o muestra CUALQUIER otro comportamiento perjudicial para el funcionamiento seguro del vehículo o la conducta general del transporte rutinario, se le podrán revocar, suspender o denegar sus privilegios de viaje.

El director de Ztrans tiene la facultad discrecional de eliminar cualquier incidente del expediente de una persona basándose en circunstancias atenuantes. Las apelaciones relacionadas con la expulsión del servicio pueden presentarse ante la junta directiva de Zia Therapy Center, Inc.

### **¿CUÁNTO Y CUÁNDO DEBO PAGAR POR EL SERVICIO DE TRANSPORTE ADAPTADO?**

El servicio de transporte adaptado es gratuito.

## **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

Estos son criterios generales que debe utilizar un profesional sanitario autorizado. En cada caso, se debe realizar una evaluación cuidadosa de las limitaciones de movilidad del solicitante para determinar su elegibilidad. Tenga siempre en cuenta que el servicio de transporte adaptado no es un servicio de ambulancia

### *Sección 1. Discapacidades no ambulatorias:*

Personas confinadas permanentemente a un dispositivo de movilidad.

### *Sección 2. Discapacidades semiambulatorias:*

Personas que tienen dificultades para caminar, incluidas aquellas que utilizan una ortesis larga para la pierna, un andador o muletas para desplazarse.

### *Sección 3. Discapacidades semiambulatorias:*

Personas que padecen artritis que causa un déficit motor funcional en dos de las extremidades principales (brazos y/o piernas).

### *Sección 4. Discapacidades semiambulatorias:*

Personas que sufren amputación o deformidad anatómica o pérdida de funciones importantes de:

- A. Ambas manos; o
- B. Una mano y un pie; o
- C. Amputación de una extremidad inferior a la altura o por encima de la región tarsiana (una o ambas piernas); o
- D. Columna vertebral, cuello y zona pélvica.

### *Sección 5. Discapacidades semiambulatorias:*

Accidente vascular cerebral (ictus) que provoca que la persona tenga dificultades para caminar o mantenerse en pie debido a la parálisis causada por el ictus.

### *Sección 6. Discapacidades semiambulatorias:*

Enfermedades pulmonares. Personas que sufren insuficiencia respiratoria. La disnea se produce durante actividades como subir un tramo de escaleras o caminar 100 metros en terreno llano, o incluso con menos esfuerzo o en reposo.

### *Sección 7. Discapacidades semiambulatorias:*

Enfermedades cardíacas. Pacientes con enfermedades cardíacas que provocan una limitación notable de la actividad física. Se sienten cómodos en reposo. Una actividad física inferior a la normal les provoca fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso.

*Sección 8. Discapacidades visuales:*

- A. Legalmente ciego
- B. Aquellas personas cuya visión en el ojo con mejor corrección sea de 20/20 o menos; y
- C. Aquellas personas cuyo campo visual se encuentra reducido (visión tubular).  
La limitación de movilidad del solicitante debe evaluarse cuidadosamente.

*Sección 9. Discapacidades de coordinación:*

Esta sección incluye a aquellas personas que padecen problemas de coordinación o parálisis debido a lesiones cerebrales, espinales o de los nervios periféricos.

*Sección 10. Discapacidad mental:*

Personas que, debido a su discapacidad mental, no pueden subir a un vehículo de transporte público regular ni localizar una parada de autobús.

Tenga en cuenta que Para-transit se reserva el derecho de rechazar el transporte a cualquier persona confinada a un dispositivo de movilidad que no pueda viajar en posición completamente erguida o cuyas extremidades estén inmovilizadas por yesos u otros dispositivos y sobresalgan permanentemente del dispositivo de movilidad.

**Zia Therapy Center, Inc.**  
**“Zia”**  
**“Ztrans”**  
**SOLICITUD DE ADA PARA-TRANSIT**

En cumplimiento de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, Ztrans ofrece un servicio complementario de transporte adaptado a las personas con discapacidad que viajan por una zona cubierta por Ztrans, pero que no pueden utilizar el servicio regular de autobuses de ruta fija. Esta solicitud tiene por objeto determinar cuándo y en qué circunstancias el solicitante puede utilizar el servicio regular de autobuses de ruta fija y cuándo se requiere el servicio complementario de transporte adaptado de la ADA.

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD**

El solicitante (o alguien que le ayude) debe completar las **PARTES 1-7**. Un profesional sanitario autorizado debe completar y firmar la **PARTE 8 – VERIFICACIÓN PROFESIONAL**, páginas 14-15.

Todos los nuevos solicitantes deben completar una solicitud. El proceso de certificación del servicio complementario de transporte adaptado de la ADA puede incluir 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 de ida y vuelta a la evaluación, si es necesario. **Se deben responder todas las preguntas. Las solicitudes incompletas serán devueltas.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a Ztrans al (575) 439-4971.

**NOTA: EL TRÁMITE DE ESTA SOLICITUD PUEDE TARDAR HASTA 21 DÍAS HÁBILES.**

**UNA VEZ COMPLETADA, ENVÍE LA SIGUIENTE SOLICITUD A:**

Ztrans Director  
Zia Therapy Center, Inc.  
900 First Street  
Alamogordo, NM 88310  
Fax #: 575-439-4990

<b>NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO</b>	
Nueva solicitud: _____	Recertificación: _____
Fecha de recepción: _____	Aprobado: _____ Fecha: _____
Revisado por: _____	Denegado: _____ Fecha: _____
Código de facturación: _____	Revisión por terceros: _____ Fecha: _____
Se necesita PCA: _____	Número de identificación ADA: _____

**PARTE 1 – INFORMACIÓN GENERAL**

**POR FAVOR, IMPRIMA**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_

Complejo de edificios o Nombre: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal, si es diferente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**PARTE 2 – CAPACIDAD PARA UTILIZAR LOS AUTOBUSES DE RUTA FIJA DE  
ZTRANS**

Indique a continuación los motivos por los que solicita la elegibilidad para el servicio de transporte adaptado de la ADA: (Marque todas las opciones que correspondan)

\_\_\_\_\_ Puedo utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans para ir a algunos lugares, pero hay otros lugares a los que no puedo llegar ni salir desde las paradas de autobús.

\_\_\_\_\_ Puedo utilizar 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 utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans.

\_\_\_\_\_ Otras razones (**por favor, explique**): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**PARTE 3: INFORMACIÓN SOBRE LA DISCAPACIDAD DEL SOLICITANTE**

1. ¿Qué tipos de discapacidades le impiden utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans?  
(Marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual
<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad mental
<input type="checkbox"/> Discapacidad cognitivo	<input type="checkbox"/> Otros

Si es otro motivo, 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.

<input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica
<input type="checkbox"/> Scooter eléctrico	<input type="checkbox"/> Bastón largo blanco
<input type="checkbox"/> Ortesis para piernas	<input type="checkbox"/> Caminante
<input type="checkbox"/> Cané	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> Animal de servicio ( <b>describir</b> ) _____	
<input type="checkbox"/> Otros ( <b>describir</b> ) _____	
<input type="checkbox"/> No utilizo ninguno de los dispositivos o equipos mencionados anteriormente.	

**NOTA: Es posible que no podamos atenderle si su silla de ruedas o scooter mide más de 48 pulgadas de largo, más de 32 pulgadas de ancho o si el peso total (incluida la silla de ruedas) supera las 800 libras.**

4. ¿Necesita la ayuda de un asistente personal (alguien que le ayude con las tareas cotidianas)?

Sí, necesito asistencia cuando viajo.  
 No, no necesito asistencia cuando viajo.

**PARTE 4: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE LOS AUTOBUSES DE RUTA FIJA DE**

**ZTRANS**

1. ¿Alguna vez ha utilizado los autobuses de ruta fija de Ztrans?

\_\_\_\_\_ Sí, suelo utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans \_\_\_\_\_ veces a la semana.

\_\_\_\_\_ Sí, utilicé los autobuses de ruta fija de Ztrans, pero dejé de hacerlo (motivos personales) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No, nunca utilizo los autobuses de ruta fija de Ztrans porque (motivos personales). \_\_\_\_\_

2. ¿Qué podría ayudarle a viajar en los autobuses de ruta fija de Ztrans? (Marque todas las que correspondan).

\_\_\_\_\_ Información sobre rutas y horarios

\_\_\_\_\_ Poder disponer de autobuses Ztrans de ruta fija con elevadores o rampas para sillas de ruedas.

\_\_\_\_\_ Una ayuda para la comunicación (por ejemplo, TTY, horarios en formatos accesibles).

\_\_\_\_\_ Aprender a utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans con formación para viajar

\_\_\_\_\_ Si las paradas de autobús estuvieran más cerca de donde vivo y de donde necesito ir.

\_\_\_\_\_ Otros (describir) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ninguna de estas opciones sería de ayuda.

3. ¿Puede solicitar y seguir instrucciones escritas u orales para utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans?

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

Si ha seleccionado **NO o A VECES**, marque todas las opciones que correspondan:

\_\_\_\_\_ Me confundo y puedo perderme

\_\_\_\_\_ Los demás no me entienden.

\_\_\_\_\_ Probablemente podría con instrucciones

\_\_\_\_\_ Otros (describa) \_\_\_\_\_

4. ¿Puedes ir y volver por tu cuenta a las paradas de autobús de Ztrans?

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

Si ha seleccionado **NO o A VECES**, marque todas las opciones que correspondan:

\_\_\_\_\_ No puedo llegar a ciertos lugares si no hay rampas en las aceras

\_\_\_\_\_ No puedo hacerlo si las calles o las aceras son demasiado empinadas.

\_\_\_\_\_ No puedo cruzar calles e intersecciones con mucho tráfico.

\_\_\_\_\_ No puedo salir al exterior cuando hace demasiado calor.

\_\_\_\_\_ No puedo orientarme por la noche debido a mi visión limitada.

\_\_\_\_\_ Probablemente podría hacerlo con formación para desplazamientos.

\_\_\_\_\_ No me siento seguro desplazándome solo.

\_\_\_\_\_ Otros (**describa**) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto puede caminar o desplazarse en silla de ruedas o scooter con la ayuda de un dispositivo de movilidad o sin él?

\_\_\_\_\_ No puedo salir de mi casa o apartamento

\_\_\_\_\_ Puedo llegar hasta 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.

6. ¿Puedes esperar hasta 30 minutos en una parada de autobús para coger un autobús de ruta fija de Ztrans?

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ Sí, si la parada de autobús tiene un banco o una marquesina.

\_\_\_\_\_ No (**por favor, explique**) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Sí (**describa**) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ No

**PARTE 5 - INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE VIAJES**

Indique los viajes que realizará con mayor frecuencia utilizando el servicio complementario de transporte adaptado de la ADA.

<b>EJEMPLO</b>	
<b>DESDE:</b> 35 Palm Drive	<b>A:</b> Publix, 150 Main Street

	<b>DESDE:</b>	<b>A:</b>
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____

**PARTE 6: INFORMACIÓN SOBRE LA FORMACIÓN EN MATERIA DE VIAJES**

NOTA: La formación para viajar es una instrucción personalizada (individual o en grupo) que enseña las habilidades necesarias para utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans.

1. ¿Alguna vez ha recibido instrucciones personales sobre cómo utilizar el servicio de autobuses de ruta fija Ztrans?
- \_\_\_\_\_ No, nunca he recibido formación sobre viajes.
- \_\_\_\_\_ Sí, he recibido formación personalizada sobre viajes a través de una agencia.  
Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

Si ha seleccionado **SÍ**, indique a continuación las habilidades que ha aprendido:

\_\_\_\_\_ Para desplazarse hacia y desde las paradas de autobús.

\_\_\_\_\_ Para cruzar las calles.

\_\_\_\_\_ Para leer los horarios de los autobuses y planificar los viajes.

\_\_\_\_\_ Para viajar en las siguientes rutas:  
Ruta # \_\_\_\_\_ Ruta # \_\_\_\_\_ Ruta # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otras (por favor, explique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Ha completado la formación anterior?
- \_\_\_\_\_ Sí
- \_\_\_\_\_ No

3. Si Ztrans ofrece formación gratuita sobre transporte público a cualquier persona interesada en aprender a utilizar el servicio de autobuses de ruta fija, ¿le interesaría recibir información sobre esta formación?

\_\_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_\_ No

**PARTE 7 – CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Entiendo que el propósito de esta solicitud es determinar si hay ocasiones en las que no puedo utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans y, por lo tanto, debo utilizar el servicio complementario de transporte adaptado de la ADA. Entiendo que la información sobre mi discapacidad contenida en esta solicitud se mantendrá confidencial y solo se compartirá con los profesionales que participan en la evaluación de mi elegibilidad. Certifico que, según mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud es verdadera y correcta. Autorizo al profesional sanitario autorizado que ha proporcionado la verificación profesional a divulgar la información relativa a mi discapacidad a Ztrans con el fin de evaluar mi elegibilidad.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

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

**LA ÚLTIMA SECCIÓN (PÁGINAS 14-15) DE ESTA SOLICITUD DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO AUTORIZADO.**

EJEMPLOS DE PROFESIONALES CON LICENCIA PARA TRATAR INCLUYEN:

Médico (M.D. o D.O.)	Especialista en vida independiente
Fisioterapeuta	Especialista en rehabilitación
Terapeuta ocupacional	Trabajador social titulado
Instructor de orientación y movilidad	Optometrista
Enfermero titulado	Psicólogo

**PARTE 8 – VERIFICACIÓN PROFESIONAL**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

**A COMPLETAR POR UN PROFESIONAL SANITARIO TITULADO**

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 exige que Ztrans proporcione el **Servicio Complementario de Paratransito ADA** a cualquier persona que no pueda utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans debido a una discapacidad. El Servicio Complementario de Paratransito ADA se presta en una zona contigua al servicio de autobús de ruta fija de Ztrans. El solicitante que le ha pedido que revise y firme esta solicitud está solicitando a Ztrans que se le considere elegible para el servicio complementario de transporte adaptado 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 utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Ztrans y cuándo necesita el servicio complementario de transporte adaptado de la ADA.

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

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

\_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ Sí

Diagnóstico y aparición: \_\_\_\_\_

ICD – 10 códigos: \_\_\_\_\_

DSM – IV códigos: \_\_\_\_\_

OS - agudeza visual y campo visual: \_\_\_\_\_

OD - agudeza visual y campo visual: \_\_\_\_\_

B. La discapacidad del solicitante es:

\_\_\_\_\_ Permanente    \_\_\_\_\_ Temporal - ¿hasta cuándo? \_\_\_\_\_

C. Describa todas las condiciones (físicas, mentales, cognitivas u otras) que impiden funcionalmente al solicitante utilizar los autobuses de ruta fija de Ztrans: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D. ¿El solicitante necesita la asistencia de un asistente personal (PCA) cuando viaja en un vehículo público?

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ No

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

\_\_\_\_\_ Sí  
\_\_\_\_\_ No  
\_\_\_\_\_ No sé

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir o Escribir Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Número de licencia del estado de Nuevo México: \_\_\_\_\_

Dirección comercial: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Para obtener más información, llame al:**

**Ztrans  
Zia Therapy Center, Inc.  
900 First Street  
Alamogordo, NM 88310  
(575) 439-4971  
Fax: 575-439-4900**