

Formulario de solicitud de transporte para personas discapacitadas conforme a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de Massachusetts

Tenga en cuenta que se resguardará la confidencialidad de toda la información que figura en esta solicitud y que esta se cederá solamente a profesionales relacionados con la prestación del servicio de transporte público para personas discapacitadas según sea necesario.

ESTA APLICACIÓN SE PRESENTARÁ ANTE LAS AUTORIDADES REGIONALES DE TRANSPORTE PÚBLICO (RTA) QUE FIGURAN EN EL ADJUNTO A

A. Datos personales			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Nombre preferido:	
B. Domicilio actual			
Dirección (incluya el número del edificio, del departamento o de la habitación):			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
¿Qué tipo de vivienda es esta?			
<input type="checkbox"/>	Una vivienda unifamiliar	<input type="checkbox"/> Una vivienda multifamiliar	
<input type="checkbox"/>	Un complejo de departamentos o de condominios	Nombre:	
<input type="checkbox"/>	Hogar para ancianos o institución de vivienda asistida	Nombre:	
<input type="checkbox"/>	Facultad o universidad	Nombre:	
Otro:			
¿Es este un domicilio transitorio? Sí No			
Dirección de correo postal (si es diferente del domicilio)			
Dirección (incluya el número del edificio, del departamento o de la habitación): ____ (marque aquí si es la misma que la anterior)			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
D. Datos de contacto:			
Teléfono principal:		Teléfono alternativo:	
Dirección de correo electrónico (opcional):			
Método de comunicación preferido:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	Correo electrónico	Correo postal	Texto (si está disponible en la RTA)
Idioma preferido:			
E. Contacto de emergencia:			
Apellido:		Nombre:	
Relación:		Organización (si corresponde):	
Teléfono principal:		Teléfono alternativo:	

F. Si alguien le ayudó a completar este formulario, facilite la siguiente información:				
Apellido:		Nombre:		
Relación:		Organización (si corresponde):		
Teléfono principal:		Teléfono alternativo:		
¿Podemos contactar a esta persona con preguntas relacionadas con su solicitud? Sí No				
G. información general acerca de su discapacidad:				
Indique a continuación si necesita información sobre el servicio de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) en los siguientes formatos accesibles:				
Letra grande	Audio	Braille	Correo electrónico	Otro:
¿Tiene aprobación de otro prestador de servicios o agencia de transporte para usar los servicios de transporte de personas discapacitadas según la ADA?: Sí No				
Si contestó que sí:	Nombre del prestador de servicios:			Estado:
Mencione el diagnóstico que le impide usar el servicio de autobús con recorrido predefinido:				
_____ .				
_____ .				
_____ .				
_____ .				
Explique de qué manera su diagnóstico le impide usar de manera independiente el servicio de autobús con recorrido predefinido:				
¿Tiene la discapacidad o enfermedad que usted describe alguna de estas características?				
Permanente	Si es permanente, ¿se esperan cambios en el nivel de capacidad?			Sí No
Temporaria	Si es temporaria, ¿cuánto se espera que dure?			
No estoy seguro/a				
¿Su enfermedad o discapacidad cambia día a día de una manera que afecta su capacidad para usar el servicio de autobús con recorrido predefinido? Sí No A veces				
Si contestó «sí» o «a veces», explique:				
¿Hay veces en las que alguien lo/a acompaña cuando viaja?				
Sí	No	A veces		

¿Usa alguno de los siguientes dispositivos cuando viaja?		
Silla de ruedas manual*	Silla de ruedas eléctrica*	Scooter de movilidad*
Andador	Bastón	Bastón blanco de movilidad
Oxígeno	Dispositivo de comunicación	Muletas
Animal de asistencia	Respirador	Otro:
*El término silla de ruedas se refiere a cualquiera de los tres o más dispositivos con ruedas que se usan en espacios interiores. Podremos admitir una silla de ruedas si (1) cabe en el elevador y el vehículo y (2) si la silla cumple con las normas de seguridad legítimas. Las normas de seguridad legítimas establecen que las sillas de ruedas deben tener un tamaño que no bloquee un pasillo ni obstaculice la evacuación segura de los pasajeros en una emergencia, o que la silla ocupada no exceda los límites de peso especificados para el vehículo.		
H. Experiencia con el servicio de autobús de recorrido predefinido		
¿Alguna vez anduvo en el autobús de recorrido predefinido?		
Sí	¿Con qué frecuencia y a qué sitios fue?	
	Si no lo usa actualmente, ¿por qué es?	
Algunos prestadores tienen Travel Training, un servicio gratuito que les enseña a las personas a usar el autobús de recorrido predefinido. Si está disponible en su área, ¿le interesaría recibir más información?		
	Sí	No
I. Capacidad funcional		
¿Sabe encontrar el camino a una parada de autobús público si alguien se la muestra una vez?		
Sí	No	A veces
¿Cuán lejos puede caminar de manera segura (usando un dispositivo de ayuda para la movilidad si fuera necesario)?		
	_____ Pies	_____ Cuadras
¿Puede subir/bajar una colina gradual?		
Sí	No	A veces
¿Puede ver/detectar bordillos, rampas y otras áreas de descenso?		
Sí	No	A veces
¿Cuánto tiempo puede estar parado/a y esperar en una parada de autobús con recorrido predefinido?		
		Minutos
¿Puede reconocer y solicitar paradas cuando está en el autobús?		
Sí	No	A veces
¿Puede subirse a un autobús con recorrido predefinido y bajarse de él físicamente? Todos los vehículos de la RTA tienen elevadores, rampas o la capacidad de inclinarse y son accesibles.		
Sí	No	A veces
Si contestó «no» o «a veces», explique:		
¿Puede pedir, comprender y seguir instrucciones de viaje?		
Sí	No	A veces
Si contestó «no» o «a veces», explique:		

J. Obstáculos

¿Qué obstáculos ambientales le dificultan el uso del servicio de autobús de recorrido predefinido?

7	Colinas empinadas	Falta de aceras
Calle muy transitada que debo cruzar	Falta de semáforo para peatones o de aviso sonoro	Aceras en malas condiciones
Aceras en malas condiciones	Otro (describa):	

Explique por qué las condiciones que indicó le dificultan el uso del autobús:

K. Declaración del solicitante

Al firmar a continuación, usted certifica que la información presentada en esta solicitud es verdadera según su leal saber y entender.

Firma del solicitante:	Fecha:
------------------------	--------

Si el solicitante no puede firmar, el tutor legal debe firmar en su nombre:

Firma del tutor legal:	Fecha:
------------------------	--------

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN MÉDICA

Para que una RTA pueda evaluar su solicitud, será necesario que esta entidad se comuniquen con un profesional médico o clínico a fin de constatar la información que usted facilitó. Complete la siguiente información y el formulario de autorización:

El siguiente profesional de la salud matriculado sabe de mi discapacidad y está autorizado a facilitar a la RTA toda la información necesaria para realizar la constatación.

Información sobre el profesional matriculado		
Nombre:	Organismo/Centro:	
Dirección de correo postal:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Certificación profesional:		
Médico/a	Personal de enfermería facultativo	Asistente médico
Otro:		
Autorizo por la presente al profesional mencionado anteriormente a ceder la información necesaria para determinar mi elegibilidad para usar los servicios de transporte público de personas discapacitadas a: (Ingrese el nombre de la RTA)		
Firma del solicitante:	Fecha:	
Nombre en letra:		

SOLICITUD DE CONSTATACIÓN

El paciente indicó que usted podía brindar información respecto de su discapacidad y cómo esta afecta su capacidad para usar los servicios de transporte público. Las leyes federales exigen que las autoridades regionales de transporte público brinden servicios de transporte para personas discapacitadas a quienes no puedan usar los servicios disponibles de autobús con recorrido predefinido. **(Los servicios con recorrido predefinido son servicios de transporte público donde los vehículos hacen recorridos habituales y programados con paradas predefinidas. Por ejemplo, un autobús urbano que siempre hace el mismo recorrido forma parte de un sistema de recorrido predefinido).** Tenga en cuenta que cualquier situación que aumente la dificultad o la incomodidad de los viajes hacia o desde un punto de embarque/desembarque o del uso de un sistema con recorrido predefinido no determina la elegibilidad para el transporte de personas discapacitadas. La información que usted facilite nos permitirá evaluar la solicitud y su aplicación a pedidos específicos de viaje.

Nombre del solicitante/paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información relacionada con las capacidades funcionales del solicitante			
Diagnóstico médico/clínico de la enfermedad que causa la discapacidad:			
Explique de qué manera las discapacidades o las enfermedades relacionadas del solicitante podrían impedirle el uso independiente del servicio de autobús con recorrido predefinido.			
¿Tiene la discapacidad o la enfermedad alguna de estas características?			
Permanente	Si es permanente, ¿se espera que el nivel de capacidad cambie?	Sí	No
Temporaria	Se espera que dure:		
No estoy seguro/a			
¿La enfermedad o discapacidad cambia día a día de una manera que afecta su capacidad para usar el servicio de transporte público de autobús?			
		Sí	No
A veces			
Si contestó «sí» o «a veces», explique (por ejemplo, temperaturas extremas, efectos secundarios de los medicamentos, etc.):			
¿Necesita el solicitante que un asistente de cuidado personal realice tareas diarias?			
Sí	No	A veces	
Certifico que he respondido las preguntas de esta constatación profesional y que la información facilitada es correcta según mi leal saber y entender.			
Firma del profesional sanitario:			
Nombre en letra:		Fecha:	
Matrícula N.º:		Fecha de vencimiento:	