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 paratránsito en el Programa Llame y Viaje. Como parte de los requisitos de la Ley de Americanos con Impedimento, (ADA), el servicio de paratránsito 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 paratránsito-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 asistencia llame al **787-736-3511, Ext. 522 o 505**. 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 paratránsito 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 máquina 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).

PARTE 1: ***Información General***

Nombre_____ Inicial____
Apellidos_____ 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

Otro Teléfono: _____

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: _____

PARTE 2: ***Favor de contestar detalladamente las siguientes preguntas—Sus respuestas específicas nos ayudarán a determinar los derechos que le correspondan.***

1. ¿En qué 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 impedimento o condición de salud le impide utilizar de manera independiente el servicio de ruta fija_____

_____

_____

b) Las condiciones descritas arriba ¿son permanentes _____o temporeras_____? (Seleccione una.) Si son temporeras, ¿cuánto tiempo estima que durará esta 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_____ Paratránsito/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: _____
_____.

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: _____
_____.

5. ¿Puede usted identificar la parada de transporte público correcta? ___Sí ___No ___A Veces Si respondió "No" o "A Veces" explique por qué: _____
_____.

6. ¿Puede usted identificar el vehículo de transporte público correcto? ___Sí ___No ___A Veces Si respondió "No" o "A Veces" explique porqué: _____
_____.

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: _____
_____.
Anote cuántas cuadras, calles o avenidas puede recorrer en forma independiente:
_____.

8. ¿Puede usted esperar al menos 15 minutos en una parada de autobuses? ___Sí ___No ___ A Veces Si respondió "No" o "A Veces" explique porqué: _____
_____.
¿Podría esperar más de 15 minutos? _____Sí _____No _____A Veces Si respondió "Sí," ¿Cuánto tiempo? (Minutos): _____
¿Podría esperar si hubiese un lugar para sentarse o una caseta de descanso? _____Sí _____No _____A Veces

9. ¿Puede usted subir o bajar de un autobús sin que le ayuden? ___Sí ___No ___A Veces Si respondió "No" o "A Veces" explique porqué: _____
_____.
10. ¿Puede usted subir o bajar de un autobús si cuenta con una rampa de ascenso o si el frente del autobús es más bajo? _____ Sí _____ No _____A Veces _____No sé, nunca lo he intentado. Si respondió "No" o "A Veces" explique porqué: _____
_____.
11. ¿Puede usted sujetar las manijas o pasamanos, monedas o boletos al abordar o descender de un autobús? _____ Sí _____ No _____A Veces _____No sé, nunca lo he intentado. Si respondió "No" o "A Veces" explique porqué: _____
12. ¿Puede usted mantener el equilibrio y tolerar el movimiento del autobús al estar sentado? _____ Sí _____ No _____A Veces _____No sé, nunca lo he intentado. Si respondió "No" o "A Veces" explique porqué: _____
_____.
13. ¿Alguna vez ha recibido adiestramiento o instrucciones para aprender cómo utilizar el autobús de transporte público? ___Sí __ No __A Veces ___No sé, nunca lo he intentado. Si respondió "No" o "A Veces" explique porqué: _____
_____

14. ¿Está equipado con acceso para discapacitados el transporte público que usted requiere? _____ Sí _____ No _____A Veces _____No sé, nunca lo he intentado. 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. _____ Silla de Ruedas Manual _____ Bastón ____ Muletas ____ Silla Eléctrica _____ Bastón Blanco ____ Andador ____ Motoneta _____ Prótesis _____ Identificación Personal _____ Tabla de Comunicación ____ Aparato Ortopédico ____ Tarjetas para Memoria ____ Aparato de Respiración (Oxígeno Portátil O2) _____ Perro para Invidente / Animal de Servicio _____ Scooter/Motoneta _____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)**

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:
_____
_____.

17. ¿Utiliza actualmente servicios de paratránsito? (Favor de seleccionar una opción): _____ Sí _____ No _____A Veces _____No sé, nunca lo he intentado. ¿Si respondió "Si" o "A Veces" cuándo utiliza el servicio de paratránsito? _____
_____.
Favor de proporcionar el nombre del proveedor del servicio de paratránsito:
_____

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 Paratránsito 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 Paratránsito 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 paratránsito 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 _____

AUTORIZACIÓN PARA EXAMINAR Y/O ENTREGAR REGISTROS MÉDICOS (Debe ser llenada por el Solicitante)

La verificación del impedimento por un profesional acreditado no garantiza la elegibilidad para el derecho de servicios de transporte de paratránsito, 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 transportación colectiva. Por consiguiente, yo, _____, mayor de edad, y vecino de _____, Puerto Rico, autorizo al Programa Llame y Viaje del Municipio de San Lorenzo 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 el Sistema de Transportación Samaritano(STS). 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 del Municipio de San Lorenzo, 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 Lorenzo, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 20_____.

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: _____

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 al Programa Llame y Viaje del Municipio de San Lorenzo 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. **Elegibles sin restricción**- Las personas que no pueden usar el servicio de ruta fija.
2. **Elegibles condicionales**- Las personas que pueden utilizar el servicio de ruta fija en ciertas circunstancias.
3. **Elegibles Temporeros**- Aquellos que padecen alguna condición temporera como lo son los accidentes, operaciones y algunas enfermedades, que pueden o no utilizar el servicio de ruta fija.

La información que usted proporcione, conforme a la autorización de la página 10 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.

_____

La información obtenida durante este proceso de certificación seré utilizada únicamente por el Programa Llame y Viaje del Municipio de San Lorenzo, para determinar la elegibilidad del solicitante recibir servicio de transportación paratránsito (respuesta a la demanda, o "demand response"). Esta información será estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito, salvo que sea autorizado por escrito por el solicitante.

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 del Sistema de Transportación Samaritano(STS).

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: _____