



SOLICITUD PARA LA ELEGIBILIDAD DEL SERVICIO RTC ACCESS/ADA PARATRÁNSITO

El servicio **RTC ACCESS** es un servicio compartido de paratrásito que proporciona transporte programado de puerta a puerta para personas que llenan los requisitos de elegibilidad del Acta de Americanos con Discapacidad (ADA, *por sus siglas en inglés*). Los pasajeros de RTC ACCESS tienen discapacidades que les impide viajar en el autobús con ruta fija (RTC RIDE) por su cuenta en algún momento o todo el tiempo.

El servicio de RTC ACCESS corre dentro de $\frac{3}{4}$ de milla del servicio de rutas regulares de RTC RIDE. El servicio de RTC ACCESS y sus lineamientos de horarios incluyen la programación de viajes dentro de los 60 minutos del tiempo en que se necesita, recoge a los clientes dentro de un rango de tiempo de 30 minutos y normalmente los viajes redondos no exceden los 90 minutos.

Requisitos de elegibilidad para calificar:

Todos los solicitantes para el servicio de RTC ACCESS deben llenar los requisitos federales de elegibilidad de paratrásito citada en el Acta de Americanos con Discapacidad (ADA, *por sus siglas en inglés*). Las personas que sean elegibles deben llenar uno o más de los siguientes requisitos:

- Tener una discapacidad que les impide poder subir o bajar por sí solos del autobús o en principales puntos de transbordo.
- Tener una discapacidad que les impide poder subir, viajar o bajar de un autobús con ruta fija (RTC RIDE) por sí solos.
- Tener una discapacidad que les impide poder reconocer la parada correcta del autobús o puntos de referencia clave por sí solos.

¿Puede ser para mí el servicio de RTC ACCESS?

Una discapacidad solamente no garantiza la elegibilidad a este servicio; la decisión se basa en la capacidad funcional del solicitante para poder utilizar el autobús y no es necesariamente una decisión médica. Al mismo tiempo, la falta de disponibilidad en el servicio de ruta fija no constituye elegibilidad.

Proceso de certificación del servicio RTC ACCESS

El proceso de certificación comienza llenando una solicitud completa, seguido de una entrevista en persona y una evaluación funcional. La persona recibirá por correo información sobre su elegibilidad a los 21 días de completar el proceso de la solicitud. Si usted es elegible, se incluirá con su carta una tarjeta de identificación de RTC ACCESS, junto con una Guía del Pasajero que describe los servicios de RTC ACCESS y cómo usarlos. La elegibilidad del servicio RTC ACCESS puede ser válida hasta por 5 años. Al caducar la elegibilidad, la persona tiene que volver a solicitarla.

Como solicitar el servicio de RTC ACCESS

Paso 1: La Sección 1 debe llenarla usted con sus respuestas. Usted puede pedir ayuda de otros para llenar su solicitud y de ser así, favor de anotar su parentesco al final de la Sección 1 y firmar la solicitud.

Si usted vive a más de $\frac{3}{4}$ de milla de cualquier ruta fija de RTC RIDE, usted se encuentra fuera del área de servicio de RTC ACCESS. Favor de llamar a RTC al (775) 348-0477, si necesita más informes sobre el área de servicio.

Paso 2: La Sección 2 debe llenarla un profesional certificado que conozca las limitaciones impuestas por su condición. Favor de pedirle a su médico profesional que llene el Formulario de Autorización Profesional Médica en detalle. Esta información le dará al Especialista en Movilidad y Elegibilidad de RTC Paratrásito evidencia documentada para apoyar los datos de su solicitud.

Paso 3: Llame al 775-348-0477 para programar una cita y entregar su solicitud y asistir a la entrevista en persona y evaluación funcional con el Especialista en Movilidad y Elegibilidad de RTC Paratrásito.

No se aceptaran solicitudes caducadas de sitios o agencias externas. La versión más actualizada de la solicitud tiene fecha de Abril 2017.

Si usted usa un aparato para moverse, debe traerlo a la entrevista, junto con una identificación válida y su solicitud RTC ACCESS ADA y formulario de verificación médica.

**Favor de no enviar su solicitud y verificación médica por correo o por fax –
Usted debe hacer una cita para una entrevista y evaluación funcional en persona**

Se le puede proporcionar ayuda con transporte a la entrevista si usted lo pide, sin costo alguno.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o sobre el servicio RTC ACCESS, favor de llamar a RTC al teléfono 775-348-0477.

Para información en español, por favor llame al número 775-348-0477.

Para recibir ayuda si tiene problemas del oído o del habla, favor de comunicarse con Relay Nevada al teléfono 1-800-326-6868 (TTY, VCO, HCO).

Recuerde traer a su cita su solicitud firmada y su verificación médica.



**SOLICITUD PARA LA ELEGIBILIDAD
 DEL SERVICIO RTC ACCESS/ADA PARATRÁNSITO**

¡MUY IMPORTANTE! – NO ENVÍE POR CORREO O FAX

**FAVOR DE LLAMAR AL 775-348-0477 DESPUÉS DE LLENAR SU
 SOLICITUD PARA HACER UNA CITA EN PERSONA PARA SU
 ENTREVISTA Y EVALUACIÓN FUNCIONAL**

SECCIÓN 1

PARA SER LLENADA POR EL SOLICITANTE
(ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE)

Información General:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año) ____/____/____ Sexo (M/F) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo (si es diferente) _____

Teléfono (o TTY) _____ Correo-e: _____

Contacto de emergencia:

Nombre _____

Teléfono _____ Parentesco _____

¿Necesita usted datos en formato alternativo? Sí No

Indique en cual: Baile Texto grande Otro _____

Su primer idioma: Inglés Español Otro _____

¿Recibe servicios de Medicaid? (No/ Sí) _____

¿Cuál es su Identificación de Medicaid? _____

Información sobre su Discapacidad y Movilidad:

1. ¿Qué tipo o tipos de discapacidad o problemas de salud le impiden usar el autobús con ruta fija regular (RTC RIDE)?

- físico visual cognitivo problema mental auditivo

¿Cuánto tiempo ha tenido este problema? Cuántos años__ y cuántos meses __.
Por favor describa su discapacidad(es) o problema(s) de salud en detalle:

¿Su problema(s) de salud es temporal? De ser así, ¿cuánto tiempo usted espera que le impida utilizar el autobús con ruta fija regular (RTC RIDE)?

- Sí - Temporal - ¿Cuánto tiempo? _____ No - Permanente

2. ¿Utiliza usted equipo auxiliar de movilidad? (marque los que aplican)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual |
| <input type="checkbox"/> Bastón blanco largo | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Silla de motor |
| <input type="checkbox"/> Caminador | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno |

Favor de notar: Si usted utiliza una silla de ruedas, silla de motor u otro aparato de movilidad que mida más de 48” de largo X 30” de ancho y/o que pese más de 600 libras al estar ocupado, RTC ACCESS no podrá transportarle utilizando ese tipo de aparato.

3. ¿Cómo viaja actualmente?

- Caminando Maneja auto Comparte auto Taxi Ruta fija
 Para-tránsito Ruta fija y Para-tránsito Otro _____

4. ¿Alguna vez necesita ayuda de un Asistente Personal cuando viaja en la comunidad o cuando utiliza el autobús con ruta fija (RTC RIDE)?

- Sí No Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de ayuda le proporcionan?

5. ¿Alguna vez ha tenido entrenamiento sobre cómo viajar en la comunidad o cómo utilizar el autobús con ruta fija (RTC RIDE)? Sí No

¿Le gustaría tener entrenamiento gratuito sobre cómo utilizar el autobús con ruta fija (RTC RIDE)?

Sí, estoy interesado en este tipo de entrenamiento No estoy interesado

Infomación sobre Transporte

1. ¿Usted toma el autobús con ruta fija (RTC RIDE)? Sí ____ No ____ A veces _____

2. ¿Cuándo fue la última vez que usó el autobús con ruta fija (RTC RIDE)? _____

3. ¿Sabe usted donde se localiza la parada más cercana del autobús?

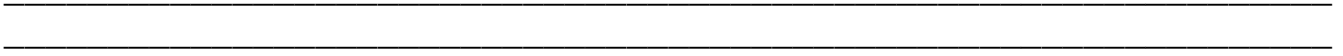
Sí – ¿Qué tan lejos de su casa? _____ No

4. Favor de leer los siguientes enunciados y marcar los que mejor describen sus habilidades para usar el autobús con ruta fija (RTC RIDE). (marque los que aplican)

- Puedo llegar a la parada del autobús si la distancia no es muy grande.
- Puedo viajar en el autobús cuando me siento bien. En otros momentos, cuando mi discapacidad o problema de salud empeora, no puedo tomar el autobús con ruta fija.
- Tengo una discapacidad o problema de salud que me impide tomar el autobús con ruta fija si el clima es muy caliente o muy frio.
- Mi discapacidad o problema de salud me hace difícil o imposible viajar cuando hay nieve y hielo.
- Tengo dificultad para entender o recordar todas las cosas que tengo que hacer para tomar el autobús con ruta fija.
- Puedo tomar el autobús con ruta fija si es un lugar al que viajo todo el tiempo.
- Nunca puedo tomar el autobús con ruta fija por mi cuenta. Favor de explicar:

- No estoy seguro si puedo tomar el autobús con ruta fija.
- Uso la ruta fija para algunos viajes, pero a veces existen condiciones que me impiden tomar el autobús (por ej. banquetas quebradas, falta de banquetas etc.)
- No puedo tomar el autobús con ruta fija por otras razones. Favor de explicar:

¿Existe algo más que quiera decirnos sobre su discapacidad o problema de salud que pueda ayudarnos a mejor entender su **capacidad para viajar** y sus limitantes?



Certificación del Solicitante:

En cumplimiento con el Acta de Americanos con Discapacidad de 1990 (ADA, *por sus siglas en inglés*), RTC ACCESS proporciona servicio paratransito a todos cuya discapacidad les impide tomar por sí solos el autobús con ruta fija (RTC RIDE). Este servicio paratransito se conoce normalmente como RTC ACCESS. Este formulario de solicitud tiene el objetivo de determinar cuándo y bajo cuáles circunstancias, usted, el solicitante, puede utilizar el autobús con ruta fija (RTC RIDE).

Estoy de acuerdo en presentarme en persona para una evaluación por parte de RTC ACCESS para determinar mi elegibilidad para este servicio. Yo autorizo a RTC ACCESS para verificar cualquier información de esta solicitud para obtener información médica esencial y necesaria para determinar mi elegibilidad.

Tengo entendido que la información contenida en esta solicitud será confidencial y se compartirá solamente con profesionales involucrados en evaluar mi elegibilidad, a menos que se requiera compartir en proceso legal según reglamento NRS Capitulo 239. Yo certifico que, según mi conocimiento, la información proporcionada es correcta.

_____ Fecha _____
Firma del Solicitante

Si esta solicitud la llenó otra persona:

Nombre: _____ Título: _____
Firma _____ Licencia/Certificado # _____
Dirección: _____
Número de Teléfono: _____ Fax: _____

**¡MUY IMPORTANTE! – NO ENVIAR POR CORREO
DESPUÉS DE LLENAR ESTA SOLICITUD, FAVOR DE LLAMAR A RTC ACCESS
PARA PROGRAMAR SU EVALUACIÓN EN PERSONA AL 775-348-0477.
Recuerde, usted debe traer una identificación válida y su solicitud de RTC ACCESS
ADA completa a su cita y evaluación.**

SECCIÓN 2
ESTE FORMULARIO DE VERIFICACIÓN PROFESIONAL MÉDICA DEBE SER
COMPLETADO POR UN PROFESIONAL MÉDICO
O MÉDICO DE CABECERA

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

Número de teléfono: (____) _____ Dirección _____

Estimado Profesional del Cuidado de la Salud:

Se le está pidiendo que proporcione información sobre la discapacidad de esta persona. Las Leyes Federales son muy específicas sobre la elegibilidad ADA paratransito. La ley limita la elegibilidad para individuos que:

1. Como resultado de una discapacidad, no pueden abordar, viajar o bajar de un autobús con ruta fija o
2. Tiene una condición específica relacionada con un deterioro que les limita para subir y bajar de un autobús

La información que usted proporcione ayudarán a RTC ACCESS para determinar la capacidad cognitiva y funcional de su paciente para utilizar el transporte público. Este formulario ayudará a RTC ACCESS para determinar cuándo y bajo qué condiciones el solicitante puede utilizar el servicio de autobús con ruta fija. Todos nuestros vehículos están equipados con un elevador de silla de ruedas para personas que necesitan usar silla de ruedas o no pueden subir escalones. **Es importante que usted sea tan preciso como sea posible en su evaluación.** Toda la información en este formulario se mantendrá estrictamente confidencial y no será compartida con nadie.

FAVOR DE NOTAR: Esto **no incluye** personas a quienes les es **difícil** o **incómodo** subir o bajar del autobús. **Al proporcionar su información, usted debe tener en cuenta solamente la presencia de una discapacidad o problema de salud y no la edad o situación económica del solicitante.**

Fecha: ____/____/____

Nombre del profesional: _____ Título: _____

Firma _____ No. de Licencia/Certificado _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

- Describa la discapacidad diagnosticada que actualmente está usted tratando para esta persona:

- Fecha de inicio del problema: _____ Fecha de la última consulta: _____
- ¿Desde cuándo trabaja usted con esta persona? Desde _____
- ¿Es esta discapacidad temporal? ____ Sí ____ No Proporcione información sobre el grado de recuperación del paciente _____
- ¿Es esta discapacidad permanente? ____ Sí ____ No
- Si es permanente, ¿Es esta discapacidad progresiva? ____ Sí ____ No

- ¿La terapia es parte del tratamiento? Sí No Describa brevemente _____

- ¿Los extremos de temperatura afectan a esta persona? Sí No (Ej: Calor de más de 85 grados o frío de menos de 10 grados) Describa como _____
- ¿Esta persona cumple con la toma de sus medicamentos? Sí No
- ¿Esta persona actualmente usa transporte público de ruta regular? Sí No No estoy seguro
- ¿Existe alguna limitación que pudiera prevenir que esta persona viaje por sí misma en transporte público de ruta regular? Sí No
- Si la respuesta es afirmativa, describa hasta donde o proporcione ejemplos: _____

- ¿Puede caminar esta persona? Sí No
- ¿Qué tan lejos puede esta persona caminar? (con aparato de movilidad, si aplica)
Menos de 3 cuadras 3 cuadras 6 cuadras 9 cuadras o más No sé
- ¿Usa esta persona un aparato de movilidad? Sí No Anote el tipo _____
- ¿Cuánto tiempo ha usado esta persona el aparato de movilidad? _____
- ¿Esta persona padece convulsiones? Sí No Fecha de la última convulsión _____/_____/_____
- ¿Con qué frecuencia se dan las convulsiones? _____
- ¿Qué tipo de convulsiones experimenta el paciente? _____
- ¿Qué le origina las convulsiones? _____
- ¿Después de una convulsión, la persona experimenta alguno de los siguientes?: (marque los que aplican)
Fatiga extrema Juicio alterado Desorientación
Incapacidad para comunicar sus necesidades o recordar información
- ¿Le han diagnosticado a esta persona una lesión cerebral que da como resultado impedimento de la inhibición del comportamiento? Sí No
- ¿La alteración de juicio y de inhibición impide que esta persona viaje por sí solo fuera de su hogar o su comunidad? Sí No
- ¿El juicio de esta persona se ha visto alterado? Sí No
- Al viajar por sí sola, la persona puede: (marque los que aplican)
 Conseguir ayuda si se pierde
 Reconocer y evitar peligros
 Cruzar las calles con seguridad
 Seguir instrucciones escritas
 Comunicar sus necesidades
 Procesar información
 Entender y seguir instrucciones para llegar a algún lugar a tiempo

- Favor de proporcionar medidas de agudeza visual y lectura de campo visual para ambos ojos.
OS: _____ OD: _____
- ¿La persona requiere alguna adaptación, alojamiento, auxiliar para la vista, etc.? Favor de anotar:

- ¿Cómo afecta la alteración visual de la persona su capacidad para moverse en su medio ambiente?

- ¿La persona ha experimentado alguno de los siguientes?
Alucinaciones auditivas____ Alucinaciones visuales____ Delirios____ Desasociación____
- ¿Le impide esto a la persona para estar orientada a otras personas, lugares y tiempos? Sí ____ No ____
- ¿Se encuentra la persona actualmente bajo tratamiento de alguno de los siguientes?
ansiedad____ depresión____ ataques de pánico ____ esquizofrenia____ otros: _____
- Si experimenta ataques de pánico, indique la frecuencia promedio y duración de los ataques:
por día____ por semana____ por mes____ por año____ duración aproximada: _____
- ¿Qué técnica(s) y/o habilidades utiliza la persona para ayudarse para hacer frente a lo anterior?
visualización____ técnicas de relajación____ declaraciones positivas____ aromaterapia____ otro_____
- ¿Son eficaces estas técnicas para reducir los síntomas? Sí ____ No ____
- ¿Alguno de los siguientes aumentan la ansiedad, los ataques de pánico o las alucinaciones?:
Multitudes____ Ruido____ Personas o lugares desconocidos____
- La persona tiene deterioro cognitivo:
Explique_____

- Comentarios adicionales:_____

