



REGIONAL TRANSPORTATION COMMISSION

Metropolitan Planning • Public Transportation & Operations • Engineering & Construction

Metropolitan Planning Organization of Washoe County, Nevada

El servicio RTC ACCESS es un servicio compartido de paratransito que proporciona transporte programado de puerta a puerta para personas que cumplen con los criterios de elegibilidad del Acta de Americanos con Discapacidad (ADA, por sus siglas en inglés). Los pasajeros de RTC ACCESS tienen discapacidades que les impiden viajar en el autobús de ruta fija (RTC RIDE) de forma independiente en todo o parte del tiempo.

El servicio de RTC ACCESS corre dentro de $\frac{3}{4}$ de una milla del servicio fijo regular 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.

Criterios de elegibilidad para calificar: Todos los solicitantes de elegibilidad para RTC ACCESS deben cumplir con los requisitos federales de elegibilidad de paratransito citada en el Acta de Americanos con Discapacidad (ADA, por sus siglas en inglés). Las personas elegibles deben tener uno o más de los siguientes:

- Discapacidades que les impiden llegar o salir de una parada de autobús de forma independiente o a través de los principales puntos de transferencia.
- Discapacidades que les impiden abordar, viajar y salir de forma independiente de un autobús de ruta fija (RTC RIDE).
- Discapacidades que les impide poder reconocer la parada correcta del autobús o puntos de referencia clave de forma independiente.

¿Puede ser para mí el servicio de RTC ACCESS?

La discapacidad por sí sola no crea elegibilidad; la decisión se basa en la capacidad funcional del solicitante para usar el autobús de ruta fija y no es una decisión médica. Al mismo tiempo, la falta de disponibilidad del servicio de ruta fija no constituye elegibilidad.

Proceso de certificación del servicio RTC ACCESS

El proceso de certificación comienza llenando una solicitud completa, seguida de una entrevista en persona / evaluación funcional. Las personas son notificadas por correo con respecto a la elegibilidad dentro de los 21 días posteriores al proceso de

solicitud completado. Si es elegible, se incluirá una tarjeta de identificación de RTC ACCESS con la carta de notificación, junto con una guía de pasajeros que describe los servicios de RTC ACCESS y cómo usarlos. La elegibilidad de RTC ACCESS puede ser válida por hasta 5 años. Al vencimiento de su elegibilidad, debe ser recertificado.

Cómo solicitar el servicio RTC ACCESS

Paso 1: Usted debe completar la Parte 1 con sus respuestas. Puede recibir ayuda de otra persona para completar su solicitud. Si otra persona lo ayuda, indique su relación al final de la Parte 1 y debe firmar la solicitud.

Si vive a más de ¾ de una milla de cualquier ruta fija de RTC RIDE, está fuera del área de servicio de RTC ACCESS. Llame a RTC al (775) 348-0477, si necesita más información sobre el área de servicio.

Paso 2: La parte 2 debe ser completada por un profesional con licencia o certificado que esté más familiarizado con sus limitaciones funcionales impuestas por su condición. Solicite a su profesional médico que complete el Formulario de autorización de profesional médico en detalle. La información detallada proporciona al RTC Paratrásito Elegibilidad y Movilidad evidencia documentada para respaldar la información en su solicitud.

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

No se aceptarán aplicaciones desactualizadas de sitios web / agencias externas. La versión actual de la aplicación tiene fecha de Julio 2020.

Si utiliza equipo auxiliar de movilidad, debe llevarla a la evaluación, junto con una identificación válida y su solicitud de paratrásito ADA RTC ACCESS completada y verificación médica.

Favor de no enviar su solicitud y verificación médica por correo o fax. Usted debe hacer una cita para una entrevista en persona / evaluación funcional. Recuerde traer su solicitud firmada y verificación médica con usted a su cita.

La asistencia con el transporte a la evaluación está disponible a pedido, sin costo alguno. Si tiene alguna pregunta sobre esta aplicación o sobre los servicios de RTC ACCESS, comuníquese con el RTC al 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)



REGIONAL TRANSPORTATION COMMISSION

Metropolitan Planning • Public Transportation & Operations • Engineering & Construction

Metropolitan Planning Organization of Washoe County, Nevada

**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 postal (si es diferente) _____

Teléfono (o TTY) _____ Correo Electrónico: _____

Contacto de Emergencia:

Nombre _____

Teléfono _____ Relación _____

¿Requiere información en un formato alternativo? Sí No

En caso afirmativo, indique: Letra grande Otro _____

Su idioma principal: Inglés Español Otro _____

Número de Medicaid (si corresponde) _____ No tengo Medicaid

Nueva aplicación Recertificación

Número de identificación: _____ Exp. Fecha: _____

Información sobre discapacidad y movilidad:

1. ¿Qué tipos de discapacidad o de condiciones de salud le impiden usar RTC RIDE (autobús público grande de ruta fija)?

físico visual cognitivo salud mental audición

¿Describa en detalle su discapacidad (s) o condición (es) de salud que le impide usar RTC RIDE (ruta fija y autobús público grande)? _____

¿Es su discapacidad (s) o condición (es) de salud temporal? Sí No

Si es temporal, ¿cuánto tiempo espera que le impida utilizar el RTC RIDE (autobús público grande de ruta fija)? _____

2. ¿Estás recibiendo algún tratamiento? Sí No

Marque los tratamientos que se aplican a usted:

Medicamentos Terapia Física Quimioterapia
 Radioterapia Diálisis Psicoterapia
 Rehabilitación Cirugía Convalecencia
 Inmovilización sin peso Inmovilización con peso
 Otro: _____

3. ¿Cuánto tiempo recibirá tratamiento?

<3 meses 3-6 meses 6-9 meses
 9-12 meses > 12 meses Duración desconocida

4. ¿Su discapacidad cambia día a día o estacionalmente? Sí No

En caso afirmativo, explique:

5. ¿Su discapacidad le dificulta comprender y recordar cómo encontrar el camino hacia y desde la parada de autobús? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

6. ¿Has tenido una caída reciente que requirió atención médica? Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuál es su frecuencia de caída por semana? _____
 En caso afirmativo, ¿ocurrió la caída mientras se usaba equipo de movilidad? Sí No
7. ¿Vive en una residencia de vivienda asistida o residencias para ancianos? Sí No
8. ¿Necesita traer a alguien con usted para que lo ayude cuando viaja (un "asistente de cuidado personal" o "asistente personal")? Sí No
9. ¿Utiliza alguna ayuda o equipo de movilidad? (Marque todo lo que corresponda a usted)
- | | |
|--|--|
| <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"/> Scooter |
| <input type="checkbox"/> Caminante | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno |

Si usa una silla de ruedas o un scooter, ¿cuáles son las medidas?

Ancho: _____ pulgadas Longitud: _____ pulgadas

Si utiliza una silla de ruedas o un scooter, ¿cuál es el peso total de su equipo de movilidad cuando lo está usando? Peso: _____ libras

Tenga en cuenta: si utiliza una silla de ruedas, un scooter o otro equipo de movilidad que sea más de 48 "de largo X 30" de ancho y / o pese más de 600 libras cuando esté ocupado, RTC ACCESS no es capaz de transportarlo en ese dispositivo de movilidad.

Si tiene un animal de servicio, indique las tareas que realiza nuestro animal de servicio.

___ Me guía (discapacidad visual) ___ Me alerta (discapacidad auditiva)

___ Me jala (silla de ruedas manual) ___ Lleva artículos para mí

___ Otro (especificar): _____

10. ¿Cómo viajas actualmente?

- Caminar Manejar un auto Viajar en un auto
 Taxi
 Ruta fija RTC RIDE (autobús público grande)
 Paratrásito (RTC ACCESS)
 Ruta fija RTC RIDE (autobús público grande) y paratrásito (RTC ACCESS)
 Otro _____

Información de Transito:

1. ¿Viaja en el RTC RIDE (ruta fija de autobús público grande)?
Sí ___ No ___ A veces _____
2. ¿Cuándo fue la última vez que usó el RTC RIDE (ruta fija de autobús público grande)? _____
3. ¿Con qué frecuencia viajas en el autobús público grande? _____ por mes
4. Especifique qué rutas está utilizando: _____
5. ¿Tiene una tarjeta de identificación RTC RIDE reducida / discapacidad? (Marque todo lo que corresponda)
 - Sí, uso mi tarjeta de identificación RTC RIDE reducida / discapacidad cuando viajo en autobús
 - No, no tengo una tarjeta de identificación RTC RIDE reducida / discapacidad
6. ¿Alguna vez ha recibido capacitación para aprender a usar el RTC RIDE (ruta fija de autobús público grande)?
 - Sí No No me gustaría entrenar Estoy entrenado
7. Lea las siguientes declaraciones y marque las que mejor describan sus habilidades para usar el autobús de ruta fija (RTC RIDE). (Marque todo lo que corresponda)
 - Puedo llegar a las paradas de autobús público grande si la distancia no es demasiado larga.

- Puedo viajar en los autobuses público grande cuando me siento bien. Sin embargo, hay otros momentos en que mi discapacidad o mi estado de salud empeoran, y en estos momentos no puedo viajar en los autobuses publico grande de ruta fija.
- Tengo una discapacidad o condición de salud que me impide viajar en los autobuses publico grande de ruta fija si hace mucho calor o mucho frío.
- Mi discapacidad o mi estado de salud hacen que sea difícil o imposible viajar cuando hay nieve y hielo.
- Tengo dificultades para comprender o recordar todas las cosas que tendría que hacer para usar los autobuses publico grande de ruta fija.
- Puedo usar los autobuses publico grande de ruta fija si es un lugar al que voy todo el tiempo.
- Nunca uso los autobuses publico grande de ruta fija por mí mismo. Por favor explique:

- No estoy realmente seguro si puedo usar los autobuses publico grande de ruta fija.
- Utilizo una ruta fija para algunos viajes, pero a veces hay condiciones que me impiden usar el autobús. (es decir, aceras rotas, sin cortes de acera, etc.)
- No puedo usar los autobuses publico grande de ruta fija por otros motivos. Por favor explique:

¿Hay algo más que quiera decirnos sobre su discapacidad o condición de salud que pueda ayudarnos a comprender mejor sus **habilidades** y limitaciones de **viaje**?

Habilidades Funcionales: (Las siguientes preguntas nos darán más información sobre sus habilidades funcionales). **INDEPENDIENTE, ERES CAPAZ DE:**

¿Leer y entender instrucciones escritas o habladas?

Sí A veces No

Si a veces o no, por favor explique: _____

¿Cruzar la calle? Sí A veces No

Si a veces o no, por favor explique: _____

¿Esperar 15 minutos si no hay lugar para sentarse? Sí A veces No

Si a veces o no, por favor explique: _____

¿Subir y bajar de la banqueta por una acera? Sí A veces No

Si a veces o no, por favor explique: _____

¿Caminar sobre camino irregulares? Si A veces No

Si a veces o no, por favor explique: _____

¿Pararse en un autobús en movimiento si hay un pasamanos? Sí A veces No

Si a veces o no, por favor explique: _____

¿Transferir de un autobús a otro? Sí A veces No

Si a veces o no, por favor explique: _____

En las mejores condiciones, ¿qué es lo más lejos que puede caminar al aire libre (usando su ayuda de movilidad si usa una) sin la ayuda de otra persona?

Menos de una cuadra (200 pies)

Si es más de una cuadra, ¿cuántas cuadras? _____

Proporcione cualquier otra información sobre su discapacidad o condición de salud que nos ayude a comprender mejor sus habilidades de viaje: _____

Certificación del Solicitante:

En cumplimiento con el Acta de Americanos con Discapacidad de 1990 (ADA, *por sus siglas en inglés*), RTC ACCESS proporciona servicio para-tránsito a todos cuya discapacidad les impide tomar por sí solos el autobús con ruta fija (RTC RIDE). Este servicio para-tránsito 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 Capítulo 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 _____ Número de Teléfono: _____

Atención:

La parte 2 debe ser completada por un profesional con licencia o certificado que esté más familiarizado con sus limitaciones funcionales impuestas por su condición. Solicite a su profesional médico que complete el Formulario de autorización de profesional médico en detalle. La información detallada proporciona al RTC ACCESS/ Paratránsito Elegibilidad y Movilidad evidencia documentada para respaldar la información en su solicitud.



REGIONAL TRANSPORTATION COMMISSION

Metropolitan Planning • Public Transportation & Operations • Engineering & Construction

Metropolitan Planning Organization of Washoe County, Nevada

APPLICANT AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

I authorize the professional listed below to release to RTC ACCESS information about my disability and health condition and its effect on my ability to travel on RTC RIDE fixed route bus system. I understand that I may revoke this authorization at any time. All medical information, that you or your health care professional provides, will be kept confidential to the extent permitted under the law, except that the information may be shared with other agencies or professionals involved in the determination of your eligibility.

AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo al profesional que figura a continuación a divulgar a RTC ACCESS información sobre mi discapacidad y mi estado de salud y su efecto sobre mi capacidad de viajar en el sistema de autobuses de ruta fija RTC RIDE. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento.

Toda la información médica, que usted o su profesional de la salud brinde, se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley, excepto que la información puede compartirse con otras agencias o profesionales involucrados en la determinación de su elegibilidad.

Licensed Medical Professional Information/Información profesional médica con licencia:

 First Name Last Name Title (e.g. MD, NP, PA)/Nombre Apellido Título (e.g. MD, NP, PA)

 Telephone Number Agency/Número de teléfono Agencia/Organización

 Applicant or Authorized Signature
 /Solicitante o firma autorizada

 Date/Fecha



REGIONAL TRANSPORTATION COMMISSION

Metropolitan Planning • Public Transportation & Operations • Engineering & Construction

Metropolitan Planning Organization of Washoe County, Nevada

PART 2: MEDICAL VERIFICATION FORM

THE FOLLOWING LICENSED HEALTH CARE PROFESSIONALS MUST COMPLETE THE MEDICAL VERIFICATION FORM:

- *Physician (MD or DO) *Registered Nurse *Psychologist *Psychiatrist
- *Ophthalmologist *Optometrist (visual disabilities only) *Physical Therapist
- *Occupational Therapist *Licensed Clinical Social Worker

Dear Health Care Professional:

Your patient has requested eligibility for RTC ACCESS Paratransit Service. RTC ACCESS is a door-to-door, shared ride paratransit service for people whose disabilities or health conditions prevent them from riding the fixed route accessible transportation system all, or part of the time. As the applicant’s healthcare provider, you are uniquely qualified to clarify the applicant’s functional abilities and limitations to ride the RTC RIDE fixed route bus system. In order to determine this applicant’s functional abilities, we require you, the healthcare provider, complete and certify all the following sections. Please detail how the applicant’s disability (ies) or health condition(s) impact their ability to board, navigate, and travel independently on the accessible fixed route system. Please be as specific as possible.

The following factors DO NOT, by themselves, qualify a person for paratransit:

- 1. Diagnosis 2. Age 3. Discomfort 4. Lack of bus service
- 5. Inability to drive 6. Personal finances 7. Inconvenience 8. Distance to bus stop

The information, which you provide, will assist RTC ACCESS in determining your patient’s functional and cognitive ability to use public transportation. This form assists RTC ACCESS in determining when and under what circumstance (s) the applicant can utilize the fixed route bus system. Please be advised that all RTC RIDE buses are equipped with ADA accessible features, such as low floor buses, lifts/ramps, and audio announcements, designated priority seating areas for people with disabilities, enhanced signage, kneeling buses, and handrails. All information on this form will be strictly confidential and will not be released.

Date: _____

Name of Professional: _____ Title: _____

Signature _____ License/Certificate # _____

Address: _____

Telephone Number: _____ Fax: _____

PART 2: MEDICAL VERIFICATION FORM

Name of Applicant: _____ Date of Birth _____

Address: _____ Phone # _____

Date of applicant's last visit: _____

1. Written diagnosis(es): _____

2. Date of onset: _____

3. How long have you worked with the individual? Since: _____

4. What is the expected duration of the disability?
 Temporary (Conditions lasting at least 90 days but are likely to improve within one year)
 Permanent (Conditions with absolutely little expectation of improvement)

5. Is disability/condition intermittent? Yes No

6. Under what circumstances does disability/condition flare-up? _____

7. In your opinion, does this applicant's disability (ies) prevent him/her from independently using the accessible RTC RIDE (fixed route large public bus)? Yes No

8. If yes, how does the disability or health condition impact the applicant's ability to travel independently on the accessible RTC RIDE (fixed route large public bus)? _____

9. Is therapy part of treatment? Yes No

If yes, check what treatment(s) apply to your patient:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medications | <input type="checkbox"/> Physical Therapy | <input type="checkbox"/> Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> Radiation Therapy | <input type="checkbox"/> Dialysis | <input type="checkbox"/> Psychotherapy |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Surgery | <input type="checkbox"/> Convalescence |
| <input type="checkbox"/> Non-weight Bearing Immobilization | <input type="checkbox"/> Weight Bearing Immobilization | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

10. Is this condition:

Subject to significant improvement with treatment? Yes No

Likely to become worse? Yes No

PART 2: MEDICAL VERIFICATION FORM

11. If this applicant is currently on medication(s), will the side effects significantly reduce or impede his/her ability to independently ride the accessible RTC RIDE (fixed route large public bus)?

Yes___ No___ N/A ___

If you selected yes, please explain how the side effects would impede their ability to public transportation: _____

12. Would temperature extremes affect this applicant's ability to ride public transportation?

___ Yes ___ Sometimes ___ No

Explain: _____

13. Would ice and/or snow affect this applicant's ability to ride public transportation?

___ Yes ___ Sometimes ___ No

Explain: _____

14. Under the best conditions, what is the farthest that the individual can walk outdoors (using her/his mobility aid) without the help of another person?

_____ Less than one city block (200 ft.)

_____ If more than one city block, how many blocks? _____

15. Does applicant require a personal care attendant (Someone to travel with him/her)?

Yes___ No___ N/A ___

16. Does the individual experience seizures? Yes___ No___ N/A ___

Date of last seizure: _____ Frequency of seizures: _____

Known Triggers: _____

Following a seizure does individual experience any of the following: (Check all that apply)

Extreme fatigue___ Impaired Judgement___ Lost or disoriented___

Inability to communicate needs or recall information___

PART 2: MEDICAL VERIFICATION FORM

17. Does individual have cognitive impairments:

Explain _____

18. Has individual been diagnosed with brain injury resulting in impaired behavioral inhibition?

Yes___ No___ N/A ___

Explain: _____

19. Is the applicant able to:

Give address and telephone number on request? Yes___ No___ N/A ___

Recognize streets and bus numbers? Yes___ No___ N/A ___

Deal with unexpected change in routine? Yes___ No___ N/A ___

Sign his/her name? Yes___ No___ N/A ___

Ask for, understand and follow directions? Yes___ No___ N/A ___

Safely travel through crowded/complex facilities? Yes___ No___ N/A ___

Be left alone on a public transportation vehicle? Yes___ No___ N/A ___

20. Does judgment and inhibition impairment prevent the individual from independently traveling outside the home or community? Yes___ No___ N/A ___

Explain: _____

21. Does this applicant exhibit any inappropriate social behaviors? Yes___ No___ N/A ___

Explain: _____

PART 2: MEDICAL VERIFICATION FORM

22. When traveling independently does the individual have the ability to: (Check all that apply)
___ Get help if lost ___ Recognize & avoid danger ___ Cross streets safely
___ Follow written directions ___ Communicate needs ___ Process information
___ Understand and follow schedule to get places on time

23. Does the individual experience any of the following?
auditory hallucinations___ visual hallucinations___ delusions___ disassociation___

24. Does this prevent the individual from being oriented to person, place and time? Yes___ No___

25. Is the individual currently being treated for any of the following?
anxiety___ depression___ panic attacks___ schizophrenia___ other: _____
For anxiety/panic attacks please indicate on average the frequency and length of panic attacks:
per day___ per week___ per month___ per year___ approx. duration: _____

What technique(s) and/or skills is the individual utilizing to assist in coping with the above issue(s)? visualization___ relaxation techniques___ positive self-talk ___ aroma therapy___ other _____

Are these techniques effective in reducing symptoms? Yes___ No___

Do any of the following cause increased anxiety, panic attacks, and hallucinations?

Crowds___ Noise___ Unfamiliar people or places___

26. Please provide visual acuity measurements and visual field readings for both eyes.
OS: _____ OD: _____

27. Does the individual require any accommodations, adaptations, low vision aids, etc.? Please list:

28. How does the individual's visual impairment affect their ability to move about in the environment?

29. Additional Comments:

