

SISTEMA DE TRÁNSITO DE LAWRENCE
1260 Timberedge Rd.
Lawrence, KS 66049
Teléfono:785-312-7054. Fax: 312-7958
www.lawrencetransit.org

**APLICACIÓN PARA LA ELEGIBILIDAD DEL SERVICIO
ELEVADOR T LIFT
PARTE B
Verificación profesional**

La PARTE B debe ser completada por un profesional independiente médico calificado, quien pueda verificar y comprobar las capacidades funcionales del solicitante. El profesional médico calificado debe estar bajo las siguientes categorías:

- Médico (M.D (doctor en Medicina) o D.O (doctor en Osteopática) o una enfermera registrada.
- Médico o terapeuta ocupacional
- Psiquiatra, psicólogo o consejero de salud mental
- Oftalmólogo

ESTIMADO PROFESIONAL CALIFICADO:

El formulario de aplicación de abajo contiene preguntas para asistirlo en la evaluación del aplicante para determinar sus habilidades o incapacidades para transportarse sin ayuda en el servicio de ruta fija del Sistema de Tránsito de Lawrence. El aplicante está actualmente aplicando para usar el Servicio de elevador T Lift del Acta de Americanos con Discapacidades, ADA (Americans with Disabilities Act, sigla en inglés). El servicio T Lift está estrictamente limitado para aquellas personas con discapacidades requiriendo un servicio de transporte público en la ciudad de Lawrence, quienes no pueden usar el servicio de ruta fija T. El T Lift es un servicio de puerta a puerta, donde los clientes pueden llamar con anticipación para programar sus viajes y deben estar en condiciones de esperar al vehículo al pie de la calle para ser recogidos.

Por favor, lea la definición de una persona con discapacidad referente al transporte público de acuerdo al Acta de Americanos con Discapacidades, ADA (Americans with Disabilities Act, sigla en inglés):

Cualquier persona con una discapacidad, que es incapaz como resultado de un impedimento físico o mental de abordar, viajar o bajarse de un vehículo accesible (ascensor equipado para sillas de ruedas) de forma independiente o completar su movilización sin la asistencia de otra persona.

Y/O

Cualquier persona con una discapacidad que tenga un impedimento específico relacionado con un deterioro y que le impida viajar hacia y desde una parada de bus del sistema de transporte público. Las barreras arquitectónicas y ambientales tales como la distancia, terreno o clima no son razones para conseguir la elegibilidad del servicio T Lift. Sin embargo, será consideradas la interacción de las condiciones ambientales (terreno y clima) con la discapacidad de la persona.

Nombre del aplicante P.O Box (casilla de correos) / Dirección

Ciudad Estado Código de área

¿Es el aplicante incapaz de usar el servicio de ruta fija **T** como se describe anteriormente?
Sí _____ No _____

Si es No, **PARE AQUÍ** y no complete el resto del formulario de aplicación. Por favor, firme, ponga la fecha y envíe por correo ésta página al Sistema de Tránsito de Lawrence a 1260 Timberedge Rd., Lawrence, KS 66049.

Firma del profesional Fecha

Escriba su nombre Certificación/licencia Número de teléfono
(letra imprenta o de molde)

Si usted respondió Sí a la pregunta de arriba, por favor, continúe a la siguiente página y responda todas las preguntas. Preguntas relacionadas al formulario pueden ser dirigidas al Sistema de Tránsito de Lawrence al (785) 312-7054.

Mientras responda a las siguientes preguntas, tenga en mente que esta información será un elemento para determinar la elegibilidad hecha por el personal del sistema de tránsito/contratista. Por favor, verifique la discapacidad declarada por el solicitante, el grado de la discapacidad y las evaluaciones funcionales en cuanto a la discapacidad del solicitante para desarrollar actividades relacionadas con el uso del servicio de tránsito de ruta fija. Su aportación será particularmente importante cuando los solicitantes han declarado una discapacidad "oculta" o "no visible" (ejemplo: una condición médica tales como un deterioro cardíaco o pulmonar, enfermedad mental o una enfermedad en las articulaciones. Esta verificación también ayudará a determinar el grado de la capacidad cognitiva.

1. ¿Ha usted alguna vez examinado/evaluado al aplicante en el pasado? Sí _____ No _____
¿Si es Sí, dicha examinación/evaluación fue durante los últimos 12 meses? Sí _____ No _____
¿Por cuánto tiempo estuvo en tratamiento/bajo su cuidado? _____

2. ¿Cuál es la discapacidad específica del aplicante o condición de salud/limitación y cómo esto lo limita o impide a él o ella en su capacidad para viajar de forma independiente o usar el servicio de ruta fija T?
___ Ceguera legalmente certificada
___ Pérdida o incapacidad para usar una o más extremidades
___ Graves efectos de derrame cerebral
___ Parálisis que afecten la movilidad, el habla, la visión o memoria

- ___ Artritis severa
 - ___ Los trastornos autoinmunes, por ejemplo: lupus o esclerodemia, etc.
 - ___ Deterioro cardiaco y/o discapacidad respiratoria que afecten la fortaleza y/o la resistencia.
 - ___ Trastorno severo emocional (pueda requerir un escolta)
 - ___ Discapacidades en el desarrollo, por ejemplo: retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia, autismo o desorden neurológico, etc.
 - ___ Pérdida de la audición acompañada por una incapacidad para entender el habla con/sin aparatos auditivos.
 - ___ Otros (**por favor, explique el diagnóstico médico y luego describa la discapacidad o condición de salud/limitación**). Use el otro lado de la página si es necesario.
-

¿Fecha de inicio? _____

3. Es la discapacidad del aplicante:

Permanente Sí _____ No _____

¿Si es temporal, por cuánto tiempo? _____

¿Es la discapacidad del aplicante:

Estacional _____ Si es así, ¿en cuál estación(es)? _____

4. ¿Qué aparatos de movilización utiliza el aplicante? **Revise todos los que apliquen.**

Silla de ruedas manual _____ Silla de ruedas eléctrica _____

Vehículo motorizado _____ Bastón _____

para discapacitados
(Scooters).

Caminador _____ Bastón blanco _____

Animal de servicio _____ Muletas _____

Oxígeno _____ Otros (por favor detállelos) _____

5. ¿El aplicante requiere de un asistente de cuidado personal, PCA (Personal Care Attendant, sigla en inglés) cuando viaja en vehículos públicos? (los pasajeros deben proporcionar su propio asistente de cuidado personal).

Nunca _____ A veces _____ Siempre _____

¿Si el asistente de cuidado personal, PCA (Personal Care Attendant, sigla en inglés) es necesario, explique por qué?

6. ¿Cuáles de las siguientes condiciones climáticas impactan en la discapacidad del aplicante o en su condición de salud que le impida a él/ella de forma independiente de llegar a/o venir de una parada de bus?

Indique: Calor _____ Frío _____ Humedad _____ Nieve _____ Hielo _____

Contaminación/alergias _____ Otros _____ No aplica _____

¿Qué condiciones específicas del clima le impiden a esta persona de moverse por sus propios medios? ¿De qué forma?

7. ¿Los terrenos irregulares hacen que sea difícil para el aplicante viajar?

Si _____ No _____ A veces _____

¿Si usted respondió Sí o A veces, describa su definición de terreno difícil y cómo esto le dificulta al viajar?

8. ¿Está el aplicante en condiciones para?: **Revise todas las opciones que aplican:**

_____ ¿Entiende y/o procesa información?

_____ ¿Pide o sigue información oral o escrita, tales como horarios incluyendo mensajes del teléfono especial para las personas sordas, TDD (Telecommunication Device for the Deaf, sigla en inglés), cinta de video o de voz?

_____ ¿Averigua la tarifa correcta?

_____ ¿Sigue instrucciones en una emergencia?

_____ ¿Reconoce su destino mientras va en el bus?

_____ ¿Una vez que él o ella sale del bus puede localizar y llegar a su destino?

_____ ¿Puede cruzar una intersección difícil?

_____ ¿Encuentra su destino entre lugares familiares?

_____ ¿Le avisa al conductor al momento de bajarse del bus en una parada familiar y luego puede bajarse? *Asume que el conductor hace los llamados en todas las paradas.*

_____ ¿Coloca las monedas, muestra los pases y maniobra las agarraderas metálicas?

_____ ¿Comunica direcciones, destinos y números de teléfonos bajo pedido?

_____ ¿Hace frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina, por ejemplo: cambios de rutas debido a la construcción de carreteras o paradas de buses regulares cerradas?

_____ ¿Sube y baja las escaleras?

Su nombre y título _____

Certificación y licencia _____

Dirección de la oficina _____

Número de teléfono de la oficina _____

Firma _____ Fecha _____

Profesional calificado, por favor, envíe el original firmado al Sistema de Tránsito de Lawrence a 1260 Timberedge Rd., Lawrence, KS 66049. Usted puede también enviar una copia por fax al (785) 312-7958 para acelerar el proceso, pero el original firmado tiene que ser enviado al Sistema de Tránsito de Lawrence, Atención: oficina de certificación del T Lift. Gracias por su cooperación.

Formulario de Autorización para divulgar la información médica

Yo _____ autorizo al profesional calificado
Nombre del paciente (letra imprenta o
o de molde).

_____ Completó la Parte B
Nombre (letra imprenta o de molde) y título del profesional calificado)

(La verificación del profesional calificado) de la aplicación de elegibilidad para el servicio de elevador T Lift actúa en mi nombre para divulgar esta información sobre mis discapacidades y habilidades para usar el servicio de bus de ruta fija T a los representantes del Sistema de Tránsito de Lawrence para su revisión, así como cualquier otra información pertinente o de apoyo sobre mi salud o condición médica que ayude al Sistema de Tránsito de Lawrence, únicamente con el propósito de determinar elegibilidad para el uso del servicio complementario de elevador T Lift del Acta de Americanos con Discapacidades, ADA (Americans with Disabilities Act, sigla en inglés) en la ciudad de Lawrence, Kansas. Yo entiendo que toda la información médica sobre mi discapacidad se mantendrá estrictamente confidencial.

Yo entiendo que yo no tengo que firmar esta autorización para ser considerado para los servicios, pero Yo sí entiendo que no se le dará peso a las condiciones médicas afirmadas que no pueden ser verificadas. De hecho, Yo tengo el derecho de rehusarme a firmar esta autorización. Cuando mi información sea usada o sea divulgada conforme a esta autorización, esta puede ser sujeta a una nueva divulgación por el destinatario y ya no puede ser protegida por la Regla de Privacidad Federal, HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act, sigla en inglés). Yo tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito excepto cuando el Sistema de Tránsito de Lawrence ya haya usado mi información médica basándose en esta autorización. Mi revocación por escrito debe ser enviada a la oficina de certificación del T Lift del Sistema de Tránsito de Lawrence a 1260 Timberedge Rd., Lawrence, KS 66049.

Firma del aplicante o guardián legal

Fecha

Relación del guardián legal con el aplicante: _____

Nombre (letra imprenta o de molde) del guardián legal del aplicante, si aplica: _____

Escriba la dirección y el número de teléfono del guardián legal: _____

El aplicante /guardián debe tener una copia de este formulario de autorización firmada.

NOTA: si el aplicante sólo está en condiciones de hacer una marca como firma, simplemente haga su marca y luego tenga a una persona con usted como testigo y firmando su nombre sobre o al lado del suyo. Puede ser firmada por un "guardián legal" o "poder legal" solo si también se proporciona una copia de la documentación que demuestre la autoridad legal para actuar y firmar en nombre del aplicante. **NO ES NECESARIO LA DOCUMENTACION PARA EL PADRE DE UN MENOR DE EDAD.**

Profesional calificado por favor, envíe un fax con la copia de este formulario de autorización firmada al (785) 312-7958. Atención: oficina de certificación del T Lift. Gracias por su cooperación.