

SOLICITUD DE ELIGIBILIDAD PARA SERVICIO DE PARATRÁNSITO

CERTIFICACIÓN DE PROVEEDOR DE SALUD MÉDICA

El solicitante mencionado en la parte A de esta solicitud le está pidiendo que proporcione información respecto a su capacidad de usar los servicios de rutas fijas regulares que ofrecen los sistemas de tránsito de la región. Para aquellas personas que no son capaces de utilizar los servicios de rutas fijas regulares con las adaptaciones disponibles, el sistema de tránsito puede permitirles utilizar servicios de paratrásito. La información que usted provea nos permitirá evaluar la solicitud y determinar las necesidades específicas de este individuo. Gracias por su cooperación al respecto.

Por favor tenga en cuenta: Todos los servicios de rutas fijas regulares y de conexiones disponibles en la región son actualmente accesibles para personas con discapacidades que necesiten vehículos equipados con elevador para sillas de ruedas, vehículos que tengan sistema de descenso a la acera y/o anuncios de los paraderos de bus. Para que pueda ser elegible para los servicios de paratrásito el individuo debe ser **incapaz** de acceder a estos servicios debido a algún tipo de condición que le impida trasladarse hacia o desde un paradero de ruta fija o pasar de un vehículo a otro y/o alguna condición que le impida ser capaz de abordar, utilizar o bajarse de un vehículo equipado con elevador para silla de ruedas. Los individuos para quienes realizar estas tareas sea inconveniente o incómodo **no son elegibles** para estos servicios y se le pide a usted que verifique esta información.

Es extremadamente importante que usted provea información específica acerca de las **limitaciones funcionales** del individuo para que pueda determinarse su elegibilidad.

Por favor siga estos pasos para verificar esta solicitud:

1. Lea las declaraciones del solicitante proporcionadas en la parte A en su totalidad
2. Complete la parte B en su totalidad utilizando los lineamientos proporcionados
3. Devuelva la solicitud diligenciada al solicitante dentro de los 7 días siguientes a su recepción (el solicitante es responsable de devolver la solicitud al proveedor de paratrásito)
4. Tenga en cuenta que puede que se le contacte para solicitar más información acerca de las habilidades del solicitante
5. Si tiene preguntas, contacte GoDurham ACCESS: (919) 560-1551

Nombre del Solicitante

Dirección de domicilio

Apt/Suite/etc.

Ciudad

Código Postal

PARTE B – CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD MÉDICA

1. He leído la parte A en su totalidad y estoy de acuerdo con la información proporcionada.

Si No

Si no, por favor explique:

2. Identifique la condición que causa la discapacidad del solicitante.

3. Especifique cuáles limitaciones funcionales están asociadas con esta condición y sea específico(a) cuando se le pida suministrar información adicional.

Discapacidad motriz

Discapacidad auditiva (Total Parcial)

Discapacidad visual (Total Parcial)

Resistencia limitada (Muscular Respiratoria)

Otra (Por favor especifique abajo)

¿Cuál es la gravedad de la condición del individuo?

Leve

Moderada

Severa

Profunda/Crónica

***Si este individuo tiene limitaciones funcionales debido a una discapacidad cognitiva, por favor indique cualquiera de los siguientes aspectos que correspondan a este individuo:**

No se le puede dejar solo a esperar su transporte

Exhibe un comportamiento que es peligroso para sí mismo(a) al utilizar transporte público

No es capaz de reconocer los vehículos que debe abordar

¿Cuál es la duración prevista de la condición de esta persona?

Temporal – Duración aproximada hasta

Prolongada – Existe posibilidad de una mejora funcional o de periodos de remisión

Permanente – No hay expectativas de mejora funcional

4. Para cualquier discapacidad seleccionada anteriormente, por favor anote las precauciones específicas que los individuos deben seguir en términos de:

Limitaciones según distancia de trayectos:

Limitaciones respecto a la hora del día en que se efectúe el trayecto:

Condiciones climáticas:

Condiciones ambientales:

5. Por favor escoja el enunciado a continuación que mejor ilustre su opinión respecto al uso que este individuo hace del transporte público:

Este individuo debería poder acceder al transporte público sin inconvenientes.

Este individuo puede usar el transporte público bajo las condiciones citadas anteriormente.

Este individuo no puede usar el transporte público debido a múltiples limitaciones funcionales.

Firma

Nombre (letra de imprenta)

Cargo (letra de imprenta)

Fecha de firma

Dirección de oficina

Apt/Suite/etc.

Ciudad

Código postal

Teléfono

Organización/Consultorio

Tipo de Consultorio

¡GRACIAS POR SU AYUDA!