



## Certificación de Elegibilidad de Transporte ADA

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por North Central Regional Transit District (NCRTD) para la prestación de servicios de transporte. La información sólo será compartida con otros proveedores de transporte para facilitar el viaje en esas áreas. La información no será proporcionada a cualquier otra persona/agencia.

- Solicitante de Primera Vez**  
 **Solicitante de Renovación - # de Tarjeta Actual** \_\_\_\_\_

1. **Nombre** \_\_\_\_\_
2. **Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_  
**Dirección Postal si es Diferente** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_
3. **Número de Teléfono (Casa)** \_\_\_\_\_ **(Móvil)** \_\_\_\_\_ **(Trabajo)** \_\_\_\_\_
4. **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
5. **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su discapacidad?**
  - \_\_\_\_\_ a. La condición que tengo me impide usar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service) de forma permanente.
  - \_\_\_\_\_ b. Mi condición es temporal y yo puedo ser capaz de usar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service) después de \_\_\_\_\_ (fecha).
  - \_\_\_\_\_ c. Mi condición es intermitente \_\_\_\_\_ % del tiempo y no voy a ser capaz de utilizar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service).
6. **¿Cómo le impide esta discapacidad usar el servicio de ruta fija (NCRTD)?**  
**Por favor, explique por completo. Utilice una hoja adicional si es necesario.**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. **¿Hay otros efectos de su discapacidad de los cuales tenemos que tener en cuenta?**  
\_\_\_\_\_

La siguiente información será utilizada para asegurar que un vehículo apropiado se utiliza para proporcionar el transporte y que un análisis preciso de sus solicitudes de viaje se puede hacer por el North Central Regional Transit District.

8. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (marque todas las que correspondan)

- |  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual    | <input type="checkbox"/> Bastón  | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio            |
| <input type="checkbox"/> Scooter                   | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica | <input type="checkbox"/> Muletas |  |

9. ¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando viaje usando el transporte público?  
 Sí  No

10. Por favor, conteste todas las preguntas siguientes:

¿Se puede viajar a una cuadra de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

Sí  No  A Veces

¿Se puede viajar a 5 calles de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

Sí  No  A Veces

¿Puede subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Sí  No  A Veces

¿Se puede esperar fuera sin apoyo durante diez minutos?

Sí  No  A Veces

11. ¿Alguna vez ha utilizado los autobuses de NCRTD?

Sí, utilizo los autobuses de NCRTD  veces a la semana

Sí, he utilizado los autobuses de NCRTD, pero ya no porque

---

No, yo nunca uso los autobuses de NCRTD porque

---

**NOTA: Travel Training es instrucción personalizada (individuo o grupo) que enseña los habilidades necesarios para utilizar el servicio de autobuses NCRTD.**

1. ¿Alguna vez ha tenido alguna instrucción personal sobre el uso de servicio del autobús de NCRTD?

No, nunca he recibido ningún Travel Training

Sí, he recibido instrucción de Travel Training personal a través de un empleado de NCRTD

Nombre del empleado de NCRTD: \_\_\_\_\_

Si ha seleccionado Sí, por favor, indique a continuación las habilidades que aprendió:

Viajar hacia y desde las paradas de autobús

Cruzar las calles

Leer los horarios de autobuses y planificar viajes

Montar las siguientes rutas:

# de Ruta \_\_\_\_\_ # de Ruta \_\_\_\_\_ # de Ruta \_\_\_\_\_ # de Ruta \_\_\_\_\_

Otra (por favor explicar), \_\_\_\_\_

---

2. ¿Ha finalizado este Travel Training?

Sí

No



## Certificación de Elegibilidad de Transporte ADA

12. **Certifico que la información corresponde a la verdad.**

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

13. **Nombre de Contacto de Emergencia** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono** \_\_\_\_\_

14. **Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita la certificación, esa persona debe completar lo siguiente:**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**DEVOLVER FORMA A:  
Jim West Regional Transit Center  
Attention Operations/ADA Eligibility  
1327 N. Riverside Dr., Española, NM**

**87532**



## RELEASE OF INFORMATION

Con el fin de permitir que el NCRTD evalúe su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con el médico u otro profesional con licencia, para confirmar la información que proporcionará al momento de enviar la siguiente "Solicitud de Verificación Profesional". Por favor envíe solicitudes completas, no se procesarán las solicitudes incompletas.

La persona que complete la forma de "Solicitud de Verificación Profesional" es: (marque uno)

\_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_ Profesional de la Salud  
\_\_\_\_\_ Profesional de Rehabilitación

Esta persona está familiarizado con los efectos de mi discapacidad y está autorizado para completar la verificación profesional para el NCRTD requerido para completar este proceso de certificación.

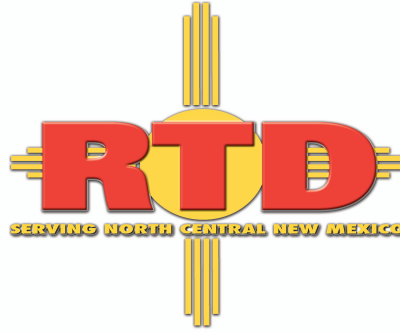
Nombre \_\_\_\_\_  
(Nombre del Médico o Profesional)

Dirección \_\_\_\_\_  
(Dirección del Médico o Profesional)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Durante el Día \_\_\_\_\_ Número de Fax \_\_\_\_\_

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Nombre del Solicitante)



## SOLICITUD DE VERIFICACION PROFESIONAL

**ESTA SECCIÓN PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO, ENFERMERA O ASISTENTE SOCIAL AUTORIZADO POR EL ESTADO. CUALQUIER ALTERACIÓN, SUPRESION O ADICION POR EL SOLICITANTE PONDRÁ ESTE APLICACIÓN A VACÍO.**

Nota: Preguntas #3 y #6 deben ser completados para procesar la solicitud.

Atención \_\_\_\_\_  
(Nombre del Médico)

El formulario de autorización adjunto ha sido presentado por \_\_\_\_\_  
(Nombre del Solicitante)

El/Ella ha indicado que Usted puede brindar información con respecto a su discapacidad y el impacto sobre su capacidad de utilizar nuestro servicio de autobus (NCRTD Bus Service). La ley federal requiere que el North Central Regional Transit District (NCRTD) proporciona servicios de transporte paratransitos a personas con necesidades especiales. La información que proporcione nos permitirá hacer una evaluación adecuada de esta solicitud. Gracias por su cooperación en este asunto. Si tienes alguna pregunta llame al (866) 206-0754.

1. Capacidad en el que se conoce el solicitante:

Soy su \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la discapacidad de su cliente (del paciente)?

a. La condición es permanente

b. La condición es temporal y él/ella debe ser capaz de usar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service) despues de \_\_\_\_\_

c. La condición es intermitente \_\_\_\_\_ % del tiempo y él/ella no será capaz de utilizar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service).

Si ha seleccionado c, por favor explique su respuesta.

---

---

---

---

3. Si la persona tiene una discapacidad que afecta a la movilidad, la persona es:

Capaz de caminar una cuadra de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A Veces

Capaz de viajar a 5 calles de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A Veces

Capaz de subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A Veces

Capaz de esperar fuera sin apoyo durante diez minutos?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A Veces

¿Esta persona utiliza algún tipo de ayuda para movilizarse? ¿Qué tipo?

¿Esta persona requiere un auxiliar de atención privada cuando se viaja en transporte público (NCRD)?

\_\_\_\_\_ Sí      \_\_\_\_\_ No      \_\_\_\_\_ A Veces

4. Si la persona tiene una discapacidad visual:

La agudeza visual con la mejor corrección:

Ojo derecho \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_\_ Los dos ojos \_\_\_\_\_

Los campos visuales:

Ojo derecho \_\_\_\_\_ Ojo izquierdo \_\_\_\_\_ Los dos ojos \_\_\_\_\_

¿Puede la persona leer print de 12 font? \_\_\_\_\_ sí      \_\_\_\_\_ no

5. Si la persona tiene una discapacidad cognitiva:

Es la persona capaz de:

Dar direcciones y número de teléfono?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Reconocer un destino o punto de referencia?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Manejar bien situaciones inesperadas o un cambio inesperado en la rutina?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Pedir, entender y seguir instrucciones?

No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Con seguridad y eficacia viajar en lugares complejos y/o llenos de gente?

\_\_\_\_\_ No                      \_\_\_\_\_ Sí

6. Por favor describe a continuación en detalle lo que la discapacidad de su paciente es. Por favor indique si el solicitante tiene una discapacidad mental o física, y si hay algún otro efecto de la incapacidad de lo cual nosotros debemos saber?

---

---

---

---

---

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_

Firma del Médico/Profesional del Salud: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**DEVOLVER FORMA A:**  
**Jim West Regional Transit Center**  
**Attention Operations/ADA Eligibility**  
**1327 N. Riverside Dr., Española, NM**  
**87532**

