

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**

