

## Solicitud de obtener el servicio de respuesta a un llamado según ADA

Transporte del distrito de Tahoe (Tahoe Transportation District, TTD) administra el Servicio de respuesta a un llamado en South Lake Tahoe de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y las Políticas y procedimientos de servicio de respuesta a un llamado del área de South Shore, que están disponibles en el sitio web de TTD o al solicitarlo. El servicio está disponible para personas que de otra manera no pueden usar el sistema de rutas fijas debido a discapacidades específicas o estados relacionados con la salud, personas mayores de 60 años de edad (adultos mayores) y veteranos con una designación de "Discapacidad relacionada con el servicio" en su Tarjeta de identificación de salud de veterano.

### Elegibilidad automática

Los adultos mayores y los veteranos no tienen que completar esta solicitud. Al abordar, los Veteranos de guerra y mayores de edad (jubilados) no son requeridos en completar la parte médica de la aplicación, sin embargo, tendrían que llenar y completar la parte A. Le urgimos a todos los practicantes que le den la forma a su médico para que complete la parte B. Y de esa manera el Tahoe Transportation podría manejar sus necesidades de transportación adecuadamente. Pasajeros que sean mayores de edad (jubilados) podrán comprobar su elegibilidad presentando una identificación válida con foto (estatal o matrícula consular) y los veteranos de guerra deberán presentar su Identificación de Salud de Veterano con la asignatura "service-connected disability" en la tarjeta cuando presenten su aplicación para ser procesada al TTD.

### ¿Quiénes de las personas con discapacidades pueden usar el Servicio de respuesta a un llamado?

- Las personas que no pueden trasladarse hacia y desde las paradas de tránsito o estaciones dentro del área de servicio.
- Las personas que no pueden abordar, viajar ni salir de un vehículo accesible con ruta fija, sin alguien que les ayude.
- Las personas que no pueden "navegar el sistema" de manera independiente, por ejemplo, una persona que no puede viajar sin ayuda en el bus, reconocer las paradas del bus, entender cómo completar los viajes en bus, pagar la tarifa, etc.

### Instrucciones:

- Si usted cree que tiene una discapacidad que hace que cumpla con los criterios anteriores, complete las Partes A y B y luego pida a un profesional médico calificado que esté familiarizado con la discapacidad que complete la Parte C.
- **Nota:** la documentación del Seguro de discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI) o del Seguro del Seguro Social (Social Security Insurance, SSI) o los documentos o carteles del DMV no son prueba de elegibilidad.

La determinación de la elegibilidad no se basa únicamente en la información que está en esta solicitud. Además, puede ser que el solicitante tenga que participar en una entrevista o una evaluación funcional y que se comparta la información con las personas que realizan la evaluación funcional. Las solicitudes incompletas o ilegibles se devolverán para que se puedan

completar, lo que puede retrasar la determinación de la elegibilidad del solicitante. La determinación se tomará dentro de los siguientes 21 días después de recibir la solicitud completa y se le contactará al solicitante para programar una cita en la que se le entregará la tarjeta de identificación de Servicio de respuesta a un llamado.

Existen otros formatos de esta solicitud y están disponibles al pedirlos.

**PARTE A: PARA QUE LA COMPLETE EL SOLICITANTE O UN REPRESENTANTE**

Sírvase completar todas las secciones de la Parte A. Cualquier información falsa o engañosa provocará la pérdida de la elegibilidad.

**SOLICITANTE**

PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_  
INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN, CALLE: \_\_\_\_\_ Apto. /Unidad n.º: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE MEDICAID/MEDI-CAL: \_\_\_\_\_

VERIFICACION DE ELEGIBILIDAD

FORMA DE I.D. \_\_\_\_\_ # DE I.D. \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA: \_\_\_\_\_

RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿Le ayudó alguien a completar esta solicitud?  Sí  No

Si se necesita información adicional, ¿deberíamos comunicarnos con esa persona?  Sí  No

Si respondió sí, nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

TTD ofrece capacitación sobre movilidad para las personas que no están familiarizadas con el transporte público. ¿Está interesado en obtener más información sobre las opciones de capacitación sobre movilidad?

Sí  No

**PARTE B: PARA QUE LA COMPLETE EL SOLICITANTE O UN REPRESENTANTE**

Lea y firme esta Autorización de divulgación médica. Esta Autorización de divulgación médica es necesaria porque es posible que TTD tenga que comunicarse con el profesional que complete la Parte C. TTD no divulgará información a ninguna otra persona ni tampoco la información médica que se obtenga con las autorizaciones que usted otorgue.

**AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIÓN PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a:  
(Nombre del paciente o solicitante)

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

a divulgar la Información de salud protegida (Protected Health Information, PHI) a TTD con el fin de evaluar si soy elegible según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para usar el servicio de TTD de transporte de respuesta a un llamado.

Mi PHI puede incluir expedientes médicos, informes de diagnóstico, expedientes de fisioterapia y cualquier información médica y personal relacionada con mi solicitud.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al enviar una solicitud por escrito a TTD, Attn.: Applications for Demand Response Service, P.O. 499, Zephyr Cove, NV 89448. Esta autorización vencerá en 120 días.

Entiendo que TTD no divulgará a nadie más nada de la información médica que se obtenga con esta autorización.

Entiendo que no estoy obligado legalmente a firmar esta autorización. Sin embargo, también entiendo que TTD no puede procesar mis solicitudes para determinar mi elegibilidad según la ADA sin esta autorización. También entiendo que si TTD no puede obtener la información necesaria para determinar cómo mi discapacidad o estado de salud limita o impide que pueda usar el servicio de tránsito de ruta fija, se puede denegar mi solicitud para determinar la elegibilidad según la ADA.

Entiendo que, al firmar esta declaración, autorizo a TTD a proporcionar una copia de esta declaración al profesional indicado anteriormente para fines de cumplimiento con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de nacimiento del solicitante: \_\_\_\_\_

***La solicitud no está completa hasta que un profesional médico calificado complete la Parte C. El profesional deberá enviar la solicitud directamente a TTD para determinar la elegibilidad.***

## **PARTE C: PARA QUE LA COMPLETE UN PROFESIONAL MÉDICO CALIFICADO**

El solicitante solicita la certificación para usar el Servicio de respuesta a un llamado. La Parte C va dirigida a profesionales familiarizados con la discapacidad o el estado de salud del solicitante. Se devolverán las solicitudes incompletas, lo que puede retrasar la determinación de la elegibilidad del solicitante.

### Instrucciones:

- Complete toda la Parte C.
- La información debe basarse en las capacidades funcionales del solicitante y no en los diagnósticos médicos de las enfermedades.
- Para la pregunta 2, puede encontrar una descripción de las secciones de los criterios de elegibilidad en las páginas 6 a 9 (Criterios de elegibilidad). Marque todas las secciones que correspondan al solicitante.
- En la Pregunta 3, describa todas las formas en las que la discapacidad del solicitante le impide usar el transporte de ruta fija.

Indique su profesión:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico (MD/DO)                 | <input type="checkbox"/> Asistente médico/Enfermero de práctica avanzada |
| <input type="checkbox"/> Enfermero registrado           | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta o Terapeuta ocupacional          |
| <input type="checkbox"/> Oftalmólogo/Optometrista       | <input type="checkbox"/> Trabajador social clínico con licencia          |
| <input type="checkbox"/> Especialista en rehabilitación | <input type="checkbox"/> Psiquiatra/Psicólogo                            |
| <input type="checkbox"/> Otro* _____                    |  |

*\*A los otros profesionales interesados en enviar la verificación profesional en nombre de los pacientes/clientes se les recomienda comunicarse con TTD para solicitar la aprobación, pero no pueden completar la Parte C sin la aprobación previa de TTD.*

1. ¿La discapacidad del solicitante le impide usar el transporte con ruta fija para realizar las actividades diarias de manera similar a las personas que no están afectadas así?

- Sí  No

2. Indique el número de la sección del criterio de elegibilidad (pág. 6 a 9 de la solicitud) de la discapacidad de su paciente.

- |                                    |                                    |                                     |                                     |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sección 1 | <input type="checkbox"/> Sección 5 | <input type="checkbox"/> Sección 9  | <input type="checkbox"/> Sección 13 |
| <input type="checkbox"/> Sección 2 | <input type="checkbox"/> Sección 6 | <input type="checkbox"/> Sección 10 | <input type="checkbox"/> Sección 14 |
| <input type="checkbox"/> Sección 3 | <input type="checkbox"/> Sección 7 | <input type="checkbox"/> Sección 11 | <input type="checkbox"/> Sección 15 |
| <input type="checkbox"/> Sección 4 | <input type="checkbox"/> Sección 8 | <input type="checkbox"/> Sección 12 | <input type="checkbox"/> Sección 16 |

3. Explique cómo la discapacidad del solicitante le impide usar el transporte de ruta fija.

---

---

---

4. Este estado médico es:

- Permanente  Temporal, duración estimada: \_\_\_\_\_ meses

5. Indique en caso que aplique:
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas                   | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica o carrito eléctrico         |
| <input type="checkbox"/> Andador                           | <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Trastorno neurológico |
| <input type="checkbox"/> Muletas                           | <input type="checkbox"/> Otros dispositivos de ayuda para movilidad            |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad visual significativa | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva                                 |
| <input type="checkbox"/> Animal de servicio                | <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo                           |
| <input type="checkbox"/> Tablero de comunicación           | <input type="checkbox"/> Otro, favor especificar: _____                        |
6. Si el solicitante usa silla de ruedas o carrito eléctrico, ¿puede pasarse al asiento del autobús?
- Sí  No  N/A
7. El solicitante requiere un Asistente de atención personal (Personal Care Attendant, PCA) debido a la discapacidad descrita.
- Sí  No  Únicamente en ruta fija
- Si respondió sí, describa por qué se necesita la asistencia de un PCA.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
8. ¿Otras consideraciones especiales o efectos de esta discapacidad que deberíamos saber?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Complete la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_

Firme y anote la fecha:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Después de completar esta Parte C para el solicitante, envíe directamente a TTD las Partes A, B y C de la solicitud. No hay necesidad de devolver las páginas 7 a 10 (Criterios de elegibilidad). Para devolver por correo electrónico: [aswanson@tahoetransportation.org](mailto:aswanson@tahoetransportation.org). Envíelas por correo o por fax:

Tahoe Transportation District  
 Attn: Applications for Demand Response Service  
 P.O. Box 499  
 Zephyr Cove, NV 89448  
 FAX: (775) 588-0917

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con Angela Swanson, TTD Mobility Manager at (775) 589-5504:

<u>TTD Office Use Only</u>	
Reviewer: _____	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied
Date Reviewed: _____	Notes:
Card Exp. Date: _____	
Card Number: _____	
Client ID #: _____	

## **CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

Hay dos categorías de elegibilidad: permanente (estado médico crónico) y temporal (agudo). Cualquier persona con una discapacidad física, mental o psicológica, o incapacidad que dure menos de seis meses y que esté cubierta bajo los criterios de elegibilidad, se considerará que está en la categoría temporal y su elegibilidad está limitada al período en que cumpla con los criterios. Todas las demás personas que cumplen con los criterios de elegibilidad tienen estados médicos crónicos.

Las solicitudes continuarán archivadas como un expediente médico y no estarán sujetas a la vista pública. Los solicitantes a quienes se les deniegue la solicitud de certificación tienen el derecho de apelar de acuerdo con el proceso de apelaciones establecido en la ADA y en las Políticas y procedimientos de TTD sobre el servicio de respuesta a un llamado, del área de South Shore.

### **EXCLUSIONES**

Las siguientes condiciones, por sí solas, no se consideran una discapacidad: 1) embarazo, 2) alcoholismo o drogadicción aguda o crónica o 3) enfermedades contagiosas.

### **DISCAPACIDADES FÍSICAS**

#### **SECCIÓN 1**

**Discapacidades que no le permiten caminar; silla de ruedas:** impedimentos que confinan a las personas a una silla de ruedas de forma permanente sin importar la causa.

#### **SECCIÓN 2**

**Discapacidades semi-ambulatorias; ayuda con la movilidad:** impedimentos que requieren que las personas utilicen un aparato ortopédico grande para la pierna, un andador o muletas para poder moverse.

#### **SECCIÓN 3**

**Discapacidades semi-ambulatorias, artritis:** personas que sufren artritis debido a cualquier causa y que ocasiona un déficit en la motricidad funcional en cualquiera de las dos extremidades mayores (brazos o piernas).

Se deben usar los criterios de la Asociación Americana de Reumatismo (American Rheumatism Society) como guía para la determinación de la discapacidad artrítica. El Grado terapéutico III o peor, la Clase funcional III o peor, y el Estado anatómico III o peor, son evidencias de una discapacidad por artritis.

#### **SECCIÓN 4**

**Discapacidades semi-ambulatorias, pérdida de una extremidad:** personas que sufren la amputación o deformidad anatómica de una mano o un pie (es decir, pérdida considerable de la función debido a cambios degenerativos asociados con déficits vasculares o neurológicos; pérdida traumática de masa muscular o tendones, y evidencia de rayos X de anquilosis ósea o fibrosa [una rigidez o “fijación” de una articulación causada por tejido fibroso u óseo que se acumula en un espacio de la articulación] en un ángulo desfavorable o una subluxación articular [inestabilidad o dislocación parcial o incompleta de una articulación]); personas que sufren la amputación de una extremidad inferior, en o arriba de la región tarsiana, en una o ambas piernas.

## **SECCIÓN 5**

**Discapacidades semi-ambulatorias, derrame cerebral:** accidente cerebrovascular que da lugar a una de las siguientes consecuencias después del derrame:

- a. parálisis pseudobulbar (debilidad espástica de los músculos enervados por los nervios craneales);
- b. déficit de la motricidad funcional en brazos o piernas;
- c. ataxia que afecta las extremidades confirmada por señales del cerebelo o pérdida propioceptiva.

## **SECCIÓN 6**

**Discapacidades semi-ambulatorias, enfermedades pulmonares:** personas que sufren discapacidades respiratorias tal como se define en "Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, The Respiratory System" (Guías para la evaluación de discapacidades permanentes del sistema respiratorio) de The Journal of the American Medical Association.

### **CLASES DE DISCAPACIDAD RESPIRATORIA:**

**Clase III:** disnea que no ocurre en reposo, pero ocurre durante las actividades comunes de la vida diaria. Sin embargo, el paciente puede caminar una milla a su propio paso sin disnea, aunque no puede mantener el paso al nivel de otros de la misma edad y composición corporal. Porcentaje de discapacidad: 40-50.

**Clase IV:** disnea que ocurre durante actividades tales como subir un tramo de escaleras o caminar 100 yardas planas.

**Clase VI:** disnea presente ante el mínimo esfuerzo, tal como vestirse, hablar, en reposo.

## **SECCIÓN 7**

**Discapacidades semi-ambulatorias, enfermedades cardíacas:** personas que sufren clasificaciones funcionales de enfermedad cardíaca, Clases III y IV, y las Clases C, D y E de clasificación terapéutica según lo que define el documento Diseases of the Heart and Blood Vessels -- Nomenclature and Criteria for Diagnosis (Enfermedades del corazón y vasos sanguíneos: nomenclatura y criterios para el diagnóstico).

### **CLASIFICACIONES FUNCIONALES:**

**CLASE III:** pacientes con enfermedad cardíaca que provoca una limitación marcada de la actividad física. Están cómodos en reposo. Menos actividad física que la ordinaria les provoca fatiga, palpitaciones, disnea o dolor de angina. Por ejemplo, incapacidad para caminar una o más cuadras en terreno plano o subir un tramo común de escaleras.

**CLASE IV:** pacientes con enfermedad cardíaca que provoca incapacidad de realizar cualquier actividad física sin sentir molestias. Los síntomas de la insuficiencia cardíaca o del síndrome de angina pueden estar presentes aun en reposo. Si se realiza alguna actividad física, aumenta la molestia.

### **CLASIFICACIONES TERAPÉUTICAS:**

**CLASE C:** pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física ordinaria debe



estar restringida de manera moderada y que deben discontinuar los esfuerzos más intensos.

**CLASE D:** pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física ordinaria debe estar restringida notablemente.

**CLASE E:** pacientes con enfermedad cardíaca que deberían estar en reposo completo, limitados a una cama o silla.

## **SECCIÓN 8**

**Discapacidades semi-ambulatorias, diálisis:** personas que deben utilizar una máquina de diálisis renal para poder vivir.

## **SECCIÓN 9**

**Discapacidades visuales:** esta sección incluye únicamente a las personas que son ciegas legalmente.

- a. Aquellas personas cuya vista en el mejor ojo es 20/200 o menos después de la mejor corrección, y
- b. Aquellas personas cuyo campo visual está contraído (conocido comúnmente como visión del túnel):
  1. hasta 10 grados o menos de un punto de fijación, o
  2. el diámetro más ancho delimita un ángulo no mayor de 20 grados.

## **SECCIÓN 10**

**Discapacidades auditivas:** sordera o discapacidad auditiva que puede hacer sentir insegura a una persona en las áreas públicas debido a que no puede comunicar ni escuchar las señales de advertencia. Esta sección incluye únicamente a aquellas personas cuya pérdida auditiva es de 90 dba o más en los niveles 500, 1000, 2000 Hz.

## **SECCIÓN 11**

**Discapacidades de falta de coordinación:** esta sección incluye a aquellas personas que sufren de mala coordinación o parálisis debido a lesiones cerebrales, de médula espinal o de nervios periféricos y a personas con un déficit de motricidad funcional en cualquiera de las dos extremidades o que sufren manifestaciones que reducen significativamente la movilidad, la coordinación y la facultad perceptiva no incluidas en las categorías anteriores.

## **DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO**

### **SECCIÓN 12**

**Funcionamiento intelectual límite:** las personas no psicóticas que tienen tantas dificultades de desarrollo desde la infancia o antes de llegar a la madurez, que son incapaces de manejarse por sí solas y de manejar sus asuntos de manera independiente, con prudencia ordinaria, o no pueden aprender a hacerlo, y que requieren supervisión, control y cuidado por su propio bienestar, por el bienestar de otros o de la comunidad, y cualquier persona que no puede, o que es probable que no pueda, responder física o mentalmente a una instrucción verbal relacionada con un peligro y que sin ayuda no pueden tomar las medidas adecuadas relacionadas con tal peligro. Esta sección incluye

únicamente a aquellas personas con los siguientes trastornos que están participando en un programa financiado o reconocido por el estado o federalmente.

### **SECCIÓN 13**

**Discapacidad intelectual:** se refiere al funcionamiento intelectual general por debajo del promedio que se origina durante el período de desarrollo y está asociado con la discapacidad en el comportamiento de adaptación (una directriz general es el coeficiente intelectual que está dos o más desviaciones estándar por debajo de la media). Esta sección también se aplica para los adultos que sufren una discapacidad intelectual debido a una enfermedad o accidente.

### **SECCIÓN 14**

**Trastorno del espectro autista:** (1) síndrome descrito como que consiste de retraimiento, relaciones sociales muy inadecuadas, relaciones excepcionales con objetos, alteraciones del lenguaje y comportamiento motor repetitivo monótonamente; muchos niños con autismo también tendrán discapacidades graves en la función intelectual general; (2) este síndrome aparece usualmente antes de la edad de seis años y está caracterizado por un retraimiento grave y la respuesta inadecuada al estímulo externo.

## **DISCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS**

### **SECCIÓN 15**

Personas con discapacidades psiquiátricas significativas que no pueden completar las tareas necesarias para viajar de manera independiente en el servicio de ruta fija. Por ejemplo, algunas personas con trastornos de ansiedad grave pueden sentir reacciones abrumadoras físicas y psiquiátricas que no les permiten concentrarse y completar las tareas necesarias para usar el transporte de ruta fija de manera independiente.

## **OTRAS DISCAPACIDADES**

### **SECCIÓN 16**

**Trastornos neurológicos:** los trastornos neurológicos son enfermedades del sistema nervioso central y periférico. En otras palabras, cerebro, médula espinal, nervios craneales, nervios periféricos, raíces nerviosas, sistema nervioso autónomo, unión neuromuscular y músculos. Estos trastornos incluyen parálisis cerebral, epilepsia, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares que incluyen derrame cerebral, migraña y otros trastornos de dolor de cabeza, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, neuroinfecciones, tumores cerebrales, trastornos traumáticos del sistema nervioso como traumatismo cerebral y trastornos neurológicos como consecuencia de desnutrición.