

Solicitud de Servicio de Paratransito

El Distrito de Transporte de Tahoe (TTD) administra el servicio de paratransito en South Lake Tahoe, CA y Stateline, NV de acuerdo con las *Políticas y Procedimientos del Servicio de Paratransito de la ADA*, disponibles en el sitio web de TTD (www.tahoetransportation.org) o bajo solicitud. El servicio está disponible para personas que no pueden utilizar de otra manera el sistema de rutas fijas debido a discapacidades específicas o condiciones médicas. Se establece la elegibilidad al presentar una solicitud a TTD, la cual será revisada y, si es aprobada, será válida por un período de hasta tres (3) años.

Establecimiento de Elegibilidad Bajo la Administración Federal de Tránsito (FTA) en el Título 49 del CFR. Sección 37

El servicio de paratransito está destinado a personas que no pueden:

- Viajar hacia o desde paradas o estaciones de tránsito dentro del área de servicio
- Abordar, viajar o salir de forma independiente de vehículos de tránsito de rutas fijas
- De otra manera y de forma independiente “navegar por el sistema”, por ejemplo, una persona que no puede viajar en el autobús de manera independiente, reconocer las paradas de autobús, entender cómo completar viajes en autobús, pagar la tarifa, etc.

Instrucciones

- Si cree que tiene una discapacidad que cumple con los criterios anteriores, complete las Partes A y B, luego pida a un profesional médico calificado familiarizado con sus capacidades que complete la Parte C.
- Envíe por correo, fax o correo electrónico a la dirección indicada en la página 5.
- **Nota:** Los documentos del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) o del Seguro Social (SSI) y los documentos o placas del Departamento de Vehículos Motorizados (DMV) no son prueba de elegibilidad..

La determinación de la elegibilidad no se basa únicamente en la información proporcionada en esta solicitud. Se puede requerir que los solicitantes participen en una entrevista y/o evaluación funcional. Las solicitudes incompletas o ilegibles serán devueltas para ser completadas, lo que puede retrasar la determinación de la elegibilidad del solicitante. Cualquier información falsa o engañosa resultará en la pérdida de la elegibilidad. La determinación final de la elegibilidad se emitirá dentro de los 21 días posteriores a la recepción de la solicitud completa y se notificará a los solicitantes sobre la decisión.

Están disponibles formatos alternativos de esta solicitud bajo solicitud.



Connecting our communities

PÁGINA INTENCIONALMENTE EN BLANCO

PARTE A - PARA SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Favor de completar todas las secciones de las Partes A y B. Haga que su profesional médico calificado complete la Parte C y devuelva el formulario a TTD según se indica en la página 5..

SOLICITANTE

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

INICIAL DEL 2º NOMBRE _____

DOMICILIO: _____ Apt. /Unidad #: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE CASA: _____ MÓVIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

RELACIÓN: _____ TELÉFONO: _____

¿Alguien le ayudó a completar esta solicitud? Sí No

¿Debería contactarse a esta persona si se necesita información adicional Sí No

En caso afirmativo, nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

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

Sí No

TTD Office Use Only

Reviewer: _____

Approved Denied

App. Received Date: _____

Notes:

App. Reviewed Date: _____

Ecolane Entry

Eligibility Exp. Date: _____

Client ID#: _____

PARTE B - PARA SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Favor de leer y firmar este Consentimiento Médico. Este Consentimiento Médico es necesario porque TTD puede necesitar contactar al profesional que complete la Parte C. TTD no divulgará información a ninguna otra parte, ni ningún otro dato médico obtenido bajo los consentimientos que usted proporcione.

CONSENTIMIENTO MÉDICO

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA
PROTEGIDA**

Yo, _____ autorizo:
(Nombre del Solicitante o Paciente)

Nombre del profesional: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

a divulgar Información Médica Protegida (PHI) al Distrito de Transporte de Tahoe (TTD) con el propósito de evaluar si soy elegible bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para usar el servicio de paratransito de TTD.

Mi PHI puede incluir registros médicos, informes diagnósticos, registros de terapia física y cualquier información personal y médica pertinente a mi solicitud.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a TTD, Attn: Applications for Paratransit Service, P.O. Box 499, Zephyr Cove, NV 89448. Esta autorización caducará en doce (12) meses.

Comprendo que TTD no divulgará ninguna información médica obtenida con esta autorización a ninguna otra parte.

Entiendo que no estoy legalmente obligado/a a firmar esta autorización. Sin embargo, también entiendo que TTD no puede procesar mi solicitud de elegibilidad bajo la ADA sin esta autorización. También entiendo que si TTD no puede obtener información necesaria para determinar cómo mi discapacidad o condición de salud limita o impide mi uso del servicio de tránsito de rutas fijas, mi solicitud de elegibilidad bajo la ADA puede ser denegada.

Entiendo que al firmar esta declaración, estoy autorizando a TTD a proporcionar una copia de esta declaración al profesional mencionado anteriormente con el propósito de cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (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 debe enviar la solicitud directamente a TTD para la determinación de la elegibilidad.

Nombre del Solicitante: _____

PARTE C - PARA SER COMPLETADA POR UN PROFESIONAL MÉDICO CALIFICADO

El solicitante pide certificación para utilizar el servicio de paratransito. La Parte C está destinada a profesionales familiarizados con la discapacidad y/o condición de salud del solicitante. Las solicitudes incompletas serán devueltas, 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 condiciones de salud.
- Para la Pregunta 2, se puede encontrar una descripción de las secciones de criterios de elegibilidad en las páginas 6 a 9 (Criterios de Elegibilidad). Marque todas las secciones que apliquen al solicitante.
- Para la Pregunta 3, por favor describa las formas en que la discapacidad del solicitante le impide utilizar el tránsito de rutas fijas..

Favor de indicar su profesión:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico (MD/DO) | <input type="checkbox"/> Asistente de Médico/Enfermero Practicante |
| <input type="checkbox"/> Enfermero Registrado | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico u 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* _____ | |

**Otros profesionales interesados en presentar verificación profesional en nombre de pacientes/clientes pueden hacerlo, pero deben recibir la aprobación de TTD antes de enviarla.*

1. ¿La discapacidad del solicitante le impide utilizar el tránsito de rutas fijas para realizar actividades diarias de manera tan efectiva como personas que no están afectadas?
 Sí No
2. Indique el número de la sección de los criterios de elegibilidad (pág. 6-9 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. Favor de explicar cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar el tránsito de rutas fijas.

4. Esta condición es:
 Permanente Temporal; duración estimada: _____ meses

5. Favor de indicar si corresponde:

<input type="checkbox"/> Silla de ruedas	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica o Scooter	<input type="checkbox"/> Andador
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico	<input type="checkbox"/> Muletas
<input type="checkbox"/> Otro dispositivo de movilidad	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual significativa	<input type="checkbox"/> Dificultad auditiva
<input type="checkbox"/> Animal de servicio	<input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo	<input type="checkbox"/> Tablero de comunicación

 Otro, favor de especificar: _____

6. Si el solicitante utiliza una silla de ruedas o scooter, ¿puede transferirse a un asiento de autobús?
 Sí No N/A
7. ¿Cuál es el peso combinado del solicitante y el dispositivo de movilidad (por ejemplo, silla de ruedas)? _____
Nota: TTD transportará todas las sillas de ruedas y dispositivos de movilidad que puedan ser acomodados de manera segura en los vehículos y equipo de TTD.
8. El solicitante requiere un Asistente de Cuidado Personal (PCA) debido a la discapacidad descrita.
 Sí No Solo en rutas fijas
 Si es sí, por favor describa por qué se requiere la asistencia de un PCA.

9. Otras consideraciones especiales o efectos de esta discapacidad que se deban conocer?

Favor de proveer la siguiente información:

Nombre: _____ Título: _____
 Agencia: _____
 Teléfono: _____ Número de licencia: _____

Firma y fecha:

Firma: _____ Fecha: _____

Después de completar esta Parte C para el solicitante, favor de enviar las Partes A, B y C de la solicitud directamente a TTD. No es necesario incluir las páginas 6-9 (Criterios de Elegibilidad). Para mandarlo por correo electrónico, por favor envíe a: econley@tahoetransportation.org.

Las solicitudes también pueden ser enviadas por fax o correo a:

Tahoe Transportation District
 Attn: Applications for Paratransit Service
 P.O. Box 499
 Zephyr Cove, NV 89448
 FAX: (530) 732-5102

Si tiene preguntas, por favor contacte a Erika Conley, Especialista en Apoyo Operativo de TTD al (530) 732-5102.

CRITERIOS

Hay dos categorías: permanente (condición crónica) y temporal (aguda). Se considera que toda persona que tiene una discapacidad física, mental o psicológica o una incapacidad de menos de seis meses de duración que esté cubierta por los criterios se encuentra en la categoría temporal, y su participación se limita a la duración del cumplimiento con los criterios. Todas las demás personas que cumplen los criterios tienen condiciones crónicas.

Las solicitudes permanecerán archivadas como registro médico, no sujetas a la vista del público. Los solicitantes cuyas solicitudes de certificación sean denegadas tienen el derecho de apelar de conformidad con el proceso de apelaciones en las políticas y procedimientos del Servicio Paratransito del Área de South Shore de TTD.

EXCLUSIONES

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

DISCAPACIDADES FÍSICAS

SECCIÓN 1

Discapacidades No Ambulatorias; Silla de Ruedas: Impedimentos que, independientemente de la causa, confinan a las personas permanentemente en sillas de ruedas.

SECCIÓN 2

Discapacidades Semi-ambulatorias; Ayuda Para la Movilidad: Impedimentos que requieren que las personas usen un aparato ortopédico para la pierna, un andador o muletas para lograr movilidad.

SECCIÓN 3

Discapacidades Semi-ambulatorias; Artritis: Persona's que, por cualquier causa, sufren artritis que causa un déficit motor funcional en dos miembros principales (brazos y / o piernas).

Los criterios de la American Rheumatism Association pueden usarse como una guía para la determinación de la discapacidad artrítica. Grado Terapéutico III o peor y Clase Funcional III o peor y Estado Anatómico III o peor son pruebas de discapacidad artrítica.

SECCIÓN 4

Discapacidades Semi-ambulatorias; Pérdida de Miembro: Personas que sufren amputación o deformidad anatómica de una mano o un pie (pérdida de la función principal debido a cambios degenerativos asociados con déficits vasculares o neurológicos, pérdida traumática de masa muscular o tendones y evidencia en radiografías de anquilosis fibrosa u ósea [una rigidez o "fijación" de una articulación causada por acumulación de tejido fibroso u óseo en un espacio articular] en un ángulo desfavorable, o subluxación de la articulación [dislocación incompleta o parcial de una articulación o inestabilidad]); personas que sufren

amputación de la extremidad inferior en o por encima de la región del tarso: una o ambas piernas.

SECCIÓN 5

Discapacidades Semi-ambulatorias; Accidente Cerebrovascular: Accidente cerebrovascular con uno de los siguientes eventos después de CVA:

- a. Parálisis pseudobulbar (debilidad espástica de los músculos enervados por los nervios craneales);
- b. Déficit motor funcional en los brazos o las piernas;
- c. Ataxia que afecta las extremidades confirmada por signos cerebelosos apropiados o pérdida propioceptiva.

SECCIÓN 6

Discapacidades Semi-ambulatorias; Enfermedades Pulmonares: personas que sufren una insuficiencia respiratoria tal como se define en The Journal of the American Medical Association, "Guías para la Evaluación del Deterioro Permanente, El Sistema Respiratorio".

CLASES DE DETERIORO RESPIRATORIO:

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

Clase IV: La disnea ocurre durante actividades tales como subir un tramo de escaleras o caminar 100 yardas en el nivel.

Clase VI: La disnea se presenta con el menor esfuerzo, como vestirse, hablar, descansar.

SECCIÓN 7

Discapacidades Semi-ambulatorias; Enfermedades Cardíacas: Personas que sufren clasificaciones funcionales de enfermedades cardíacas, Clases III y IV y clasificación terapéutica Clases C, D y E, tal como se define en Enfermedades del Corazón y los Vasos Sanguíneos: Nomenclatura y Criterios para el Diagnóstico.

CLASIFICACIONES FUNCIONALES:

CLASE III: Pacientes con enfermedad cardíaca que da como resultado una marcada limitación de la actividad física. Ellos están cómodos en reposo. La actividad física no habitual causa fatiga, palpitaciones, disnea o dolor anginoso. Por ejemplo, incapacidad para caminar uno o más bloques de nivel o subir un tramo de escaleras ordinarias.

CLASE IV: Pacientes con enfermedad cardíaca que ocasiona incapacidad para realizar cualquier actividad física sin molestias. Los síntomas de insuficiencia cardíaca o del síndrome anginoso pueden estar presentes incluso en reposo. Si se realiza alguna actividad física, se incrementa la incomodidad.

CLASIFICACIONES TERAPÉUTICAS:

CLASE C: Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física ordinaria debe ser moderadamente restringida y cuyos esfuerzos más arduos deben interrumpirse.

CLASE D: Pacientes con enfermedad cardíaca cuya actividad física ordinaria debe ser marcadamente restringida.

CLASE E: Pacientes con enfermedad cardíaca que deben descansar completamente, confinados en la cama o la silla.

SECCIÓN 8

Discapacidades Semi-ambulatorias; Diálisis: Personas que para vivir deben usar una máquina de diálisis renal.

SECCIÓN 9

Discapacidades Visuales: Esta sección incluye sólo a los legalmente ciegos.

a. Aquellas personas cuya visión en el mejor ojo después de la mejor corrección es 20/200 o menos; y

b. Aquellas personas cuyo campo visual está contraído (comúnmente conocido como visión de túnel):

1. a 10 grados o menos desde un punto de fijación; o
2. el diámetro más ancho subtiende un ángulo no mayor a 20 grados.

SECCIÓN 10

Discapacidades Auditivas: Sordera o discapacidad auditiva que puede hacer que una persona se sienta insegura en áreas públicas porque la persona no puede comunicarse ni escuchar señales de advertencia. Esta sección incluye sólo a aquellas personas cuya pérdida auditiva es de 90 dba o mayor en los rangos de 500, 1000, 2000 Hz.

SECCIÓN 11

Discapacidad de Incoordinación: Esta sección incluye a aquellas personas que sufren una coordinación defectuosa o parálisis cerebral, espinal o lesión del nervio periférico y personas con un déficit motor funcional en dos extremidades o que sufren manifestaciones que reducen significativamente la movilidad, la coordinación y la percepción no contabilizadas en categorías anteriores.

DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

SECCIÓN 12

Funcionamiento Intelectual Límite: Aquellas personas, no psicóticas, que están tan desfavorecidas desde el punto de vista del desarrollo desde la infancia o antes de alcanzar la madurez que son incapaces de manejar sus asuntos personales independientemente, con la prudencia ordinaria, o de que se les enseñe a hacerlo, y que requieren supervisión, control y cuidado para su propio bienestar, o para el bienestar de los demás, o para el bienestar de la comunidad; y cualquier persona que no pueda o probablemente no pueda responder física o

mentalmente a una instrucción oral relacionada con el peligro y que, sin ayuda, no tomará las medidas apropiadas relacionadas con dicho peligro. Esta sección incluye solo a las personas con los siguientes trastornos que participan en un programa estatal o federal o reconocido por el estado.

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 un deterioro en el comportamiento adaptativo (una guía general es IQ que es dos o más desviaciones estándar por debajo de la norma). Esta sección también se aplica a los adultos que por razones de enfermedad o accidente sufren una discapacidad intelectual.

SECCIÓN 14

Trastorno del espectro autista: (1) Síndrome descrito como abstinencia, relaciones sociales muy inadecuadas, relaciones objetales excepcionales, alteraciones del lenguaje y comportamiento motriz monótono y repetitivo; muchos niños con autismo también se verán seriamente perjudicados en la función intelectual general; (2) este síndrome generalmente aparece antes de los seis años y se caracteriza por una abstinencia severa y una respuesta inapropiada a estímulos externos.

DISCAPACIDADES PSIQUIÁTRICAS

SECCIÓN 15

Las personas con discapacidades psiquiátricas significativas que no pueden completar las tareas necesarias para utilizar el servicio de ruta fija de forma independiente. Por ejemplo, algunas personas con trastornos de ansiedad severa pueden experimentar abrumadoras reacciones físicas y psiquiátricas que les impiden concentrarse y completar las tareas necesarias para usar de manera independiente el transporte de ruta fija.

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 apoplejía, migraña y otros trastornos de cefalea, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, neuroinfecciones, tumores cerebrales, trastornos traumáticos del sistema nervioso como trauma cerebral y trastornos neurológicos como resultado de la malnutrición.