



**Mountain Line**

216 W. Phoenix Ave. · Flagstaff, AZ 86001 · 928-679-8900 · www.mountainline.az.gov

### PARTE C: VERIFICACIÓN PROFESIONAL

#### SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE PARATRÁNSITO DE ADA DE MOUNTAIN LINE

Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SOLICITANTE:** Entregue esta parte de la solicitud a un proveedor de atención médica que esté familiarizado con su discapacidad, su afección de salud y sus limitaciones relacionadas que afectan su capacidad de utilizar el servicio de autobús de ruta fija de Mountain Line. La Parte C de la solicitud puede completarla un médico, un osteópata, un enfermero registrado, un quiropráctico, un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, un terapeuta respiratorio, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un administrador de casos, un orientador laboral u otro profesional de atención médica. No se permite cobrar una tarifa por completar este papeleo.

#### AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Nombre y título del proveedor: \_\_\_\_\_

Empleador o agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra imprenta), autorizo por el presente al proveedor de atención médica (mencionado arriba) y al personal de su consultorio a divulgar información médica/de salud protegida sobre mi discapacidad o limitaciones relacionadas a Paratrásito de Mountain Line. La información proporcionada se usará con el único propósito de determinar la elegibilidad para el servicio de paratrásito y se mantendrá confidencial. Además, autorizo la divulgación de información adicional, escrita u oral, en caso de que se necesite y a efectos de esta solicitud, por un período de 60 días, a partir de la fecha en que coloco mi firma y a menos que se revoque por escrito.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Paratrásito de Mountain Line  
Verificación Profesional

*Getting you where you want to go*



# Solicitud de elegibilidad de paratransito de ADA de Mountain Line Parte C: Verificación Profesional

La persona mencionada en la autorización adjunta para la divulgación de información solicita utilizar el servicio de paratransito de Mountain Line, el cual consiste en el servicio de traslado de origen a destino paralelo al sistema de autobús de ruta fija de Mountain Line. Para calificar para este servicio de transporte según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA), la persona debe experimentar una discapacidad que le ocasione una o más limitaciones que le impidan utilizar el sistema de autobús de ruta fija de Mountain Line de manera independiente para algunos recorridos o todos. La persona debe estar impedida de trasladarse desde y hacia una parada de autobús, subir o bajar de un autobús o completar correctamente el recorrido hasta el destino.

**Proporcione la información siguiente, la cual se utilizará para determinar la elegibilidad para el servicio de paratransito de Mountain Line:**

**Discapacidad y/o afección de salud principal:**

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_ Pronóstico: \_\_\_\_\_

Duración esperada:  Permanente  Estable  Progresiva  Temporaria (¿cuánto tiempo?) \_\_\_\_\_

**Discapacidad y/o afección de salud secundaria:**

\_\_\_\_\_

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_\_\_ Pronóstico: \_\_\_\_\_

Duración esperada:  Permanente  Estable  Progresiva  Temporaria (¿cuánto tiempo?) \_\_\_\_\_

**¿De qué manera la discapacidad y/o afección le impide funcionalmente al solicitante usar el servicio de autobús accesible de ruta fija de ADA de Mountain Line?**

\_\_\_\_\_

**¿Es variable la capacidad funcional de la persona?**  Sí  No

**Explique:** \_\_\_\_\_

**Mencione el equipo/la asistencia adaptativa o de movilidad que necesita, si corresponde:**

\_\_\_\_\_

**¿Requiere el solicitante un PCA para trasladarse con seguridad en la comunidad?**  Sí  No

**¿Cuál es la distancia máxima aproximada que el solicitante puede recorrer de manera independiente sobre una superficie despejada y nivelada usando un dispositivo de movilidad, si es necesario?** (300 pies por cuadras, 1/10 millas por cada dos cuadras)

Menos de 1 cuadra  1 cuadra  2 cuadras  3 cuadras  4 cuadras  ¼ milla o más

**¿Demostraría el solicitante signos de angustia si recorre la máxima distancia?**  Sí  No

**Si es así, explique:** \_\_\_\_\_

## **MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN**

**Situaciones sobre la capacidad del solicitante para trasladarse desde o hacia las paradas de autobús, subir o bajar de un autobús de ruta fija de ADA accesible o trasladarse en él a través de un área de servicio usando un dispositivo de movilidad, si es necesario:**

Capacidad para caminar/recorrer distancias limitada	Identificar el número o el color correcto de autobús
Caminar/trasladarse/completar tareas a ritmo lento	Mantener el equilibrio al subir y bajar del autobús
Inestabilidad para caminar/riesgo de caídas	Subir/bajar un escalón con barandillas
Energía/vitalidad limitada	Necesita un elevador o una rampa para subir/bajar del autobús
Falta de aliento ante un esfuerzo moderado	Maniobrar para subir o bajar una rampa o recorrerla
Dolor debilitante o molestia al realizar tareas	Pagar la tarifa o escanear el pase de autobús
Encontrar el camino desde el origen hasta la parada de autobús	Llegar a un asiento o llegar hasta el área para sujetar una silla de ruedas
Franquear obstáculos/barreras ambientales o superficies irregulares o rotas	Equilibrio en un vehículo en movimiento
Recorrer superficies sucias, con césped o gravilla	Permanecer de pie en el autobús
Subir/bajar/cruzar pendientes	Permanecer sentado en el autobús
Nieve/hielo	Comprender las distancias recorridas
Lluvia/viento	Reconocer puntos de referencia conocidos/identificar la parada de destino
Frío	Reconocer puntos de referencia desconocidos/identificar la parada de destino
Calor/humedad	Leer los anuncios de las paradas
Discapacidad visual	Oír los anuncios de las paradas
Luz baja o luz brillante	Enfocarse/prestar atención/señalar la parada de autobús de destino
Discapacidad auditiva	Encontrar el camino desde la parada de autobús hasta el destino
Atravesar intersecciones de calles	Efectos secundarios de medicamentos o tratamientos
Subir/bajar de bordillos	Tiempo limitado de traslado por viaje/distancia
Subir/bajar de cortes de bordillos	¿Requiere asistencia para trasladarse con seguridad en la comunidad?
Identificar el lugar correcto para esperar el autobús	Otro:
Esperar 10 minutos en una parada de autobús con un banco	
Esperar 10 minutos en una parada de autobús sin un banco	

**Situaciones sobre la capacidad del solicitante para comprender y recorrer de manera independiente el sistema de autobús de ruta fija:**

	Planificación y preparación de viajes		Desorientación/perderse
	Habilidades de gestión de tiempo		Solución de problemas/enfrentar situaciones inesperadas
	Mantener el foco en la tarea		Habilidades de seguridad y criterio
	Hacer transbordo entre rutas		Disparadores ambientales/habilidades de adaptación
	Comunicar necesidades/pedir ayuda		Ansiedad/abrumación
	Oír y comprender información oral		Fobias
	Leer y comprender señales informativas		Desempeño inconsistente
	Usar el teléfono para obtener asistencia		Comportamiento social inapropiado
	Proporcionar información de contacto de emergencia		Alucinaciones, delirios o disociación
	Convulsiones		Orientación hacia personas, lugares y tiempo
	Memoria a corto plazo		Otro:
	Memoria a largo plazo		

Explicación de los asuntos identificados (añada más hojas o notas de visitas a consultorios o de alta si es necesario):

---

---

---

---

---

Enumere los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos médicos que el solicitante experimenta y que podrían afectar su traslado seguro:

---

¿Recibir capacitación para aprender a utilizar un autobús de ruta fija de Mountain Line accesible de ADA para algunos recorridos sería una opción válida para el solicitante?  Sí  No

Explique: \_\_\_\_\_

---

Información adicional sobre los desafíos de traslado del solicitante que deben considerarse para determinar la elegibilidad para el servicio de paratransito de Mountain Line: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR:

Soy un proveedor de servicios o de atención médica certificado y certifico que la información incluida en esta solicitud es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender.

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

**Gracias por su tiempo y colaboración.**

**Devuelva la solicitud completa a través de los medios siguientes:**

**Fax:** 928-779-6868

**Correo:** Mountain Line Paratransit/Eligibility  
216 W Phoenix Ave, Flagstaff, AZ 86001

o

**En persona:** oficina de atención al cliente