



## APPLICATION

Si usted tiene una discapacidad física o funcional según la definición de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), que le limita para usar los autobuses accesibles de ruta fija de Omnitrans, puede ser elegible para el Servicio Access. La información obtenida en este proceso de certificación será usada por Omnitrans para determinar su elegibilidad para Access. La información puede ser compartida con otros proveedores de servicios de transporte para facilitar sus viajes en otras áreas.

Esta solicitud se tiene que **completar en su totalidad**, esto incluye el formulario de verificación que tiene que ser completado por un profesional del cuidado de la salud calificado. Las solicitudes incompletas retrasarán su proceso de elegibilidad.

### NOMBRE

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (opcional) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NÚMERO DE MEDI-CAL (si corresponde) \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

Calle \_\_\_\_\_ N° de Dpto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### TELÉFONO

Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN POSTAL

(si es diferente de la de arriba) Calle \_\_\_\_\_ N° de Dpto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Características de su vecindario

¿Cómo describiría a la zona donde vive (por ejemplo, colina muy empinada; colina larga y gradual; llana; etc.)? \_\_\_\_\_

¿Hay aceras en su residencia? \_\_\_\_\_ Sí/No \_\_\_\_\_ ¿Hay una rampa en su residencia? \_\_\_\_\_ Sí/No \_\_\_\_\_

¿Cuántos escalones hay en la entrada a su residencia? \_\_\_\_\_

¿Vive en la planta baja? \_\_\_\_\_ Sí/No \_\_\_\_\_

## Medio de transporte actual

¿Usa los autobuses regulares de Omnitrans actualmente? \_\_\_\_\_  
Sí / No / A veces

Si respondió no o a veces, ¿cuáles son sus limitaciones o impedimentos para viajar en esos autobuses? (por ejemplo, la falta de aceras)

\_\_\_\_\_

¿Cuál es para usted la parte más difícil de viajar en autobús? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué rutas de autobús pasan por su vecindario? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es la ruta de autobús más próxima a su hogar? (Indique la ubicación) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Puede llegar a la parada de autobús por su cuenta? \_\_\_\_\_  
Sí / No / A veces

Si respondió no, ¿por qué no puede hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Puede subir al autobús por su cuenta? \_\_\_\_\_  
Sí / No

Si respondió no, ¿por qué no puede hacerlo? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna capacitación para usar el servicio de autobús de ruta fija? \_\_\_\_\_  
Sí / No

Si respondió no, ¿desearía participar en una capacitación gratuita? \_\_\_\_\_  
Sí / No

Si no viaja en los autobuses de Omnitrans: ¿cómo viaja actualmente? (por ejemplo: familia, amigos, etc.)

\_\_\_\_\_

### Dispositivos de movilidad usados

(marque todos los que correspondan)

\_\_\_ Silla de ruedas manual

\_\_\_ Plegable; el pasajero puede trasladarse a un asiento estándar sin la asistencia del conductor.

\_\_\_ El pasajero no puede trasladarse a un asiento estándar sin la asistencia del conductor.

\_\_\_ Silla de ruedas alta

\_\_\_ Bastón/bastón blanco

\_\_\_ Andador (plegable)

\_\_\_ Silla de ruedas larga

\_\_\_ Muletas

\_\_\_ Andador (no plegable)

\_\_\_ Silla de ruedas eléctrica

\_\_\_ Silla de ruedas ancha

\_\_\_ Tanque de oxígeno

\_\_\_ Silla tipo carrito

\_\_\_ Scooter eléctrico

\_\_\_ Prótesis

\_\_\_ Animal de servicio certificado

\_\_\_ Aparatos ortopédicos

\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

### Tipo/medio de comunicación preferido

Letras normales                       Letras grandes                       Braille  
 Cinta de casete                       CD para computadora                       TDD/Servicio de transmisión de mensajes de California  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_  Español  
 Correo electrónico (suministre la dirección) \_\_\_\_\_

### ACUERDO DEL SOLICITANTE DEL SERVICIO ACCESS DE OMNITRANS

Acepto que si soy certificado/a para el Servicio Access de Omnitrans, pagaré la tarifa exacta, si corresponde, por cada viaje. Acepto notificar a la oficina de Elegibilidad de Omnitrans acerca de cualquier cambio en mi situación que pudiera afectar mi elegibilidad para usar el servicio. Entiendo también que si no cumplo con las Políticas sobre Transporte para Discapacitados de Omnitrans y los procedimientos, esto será motivo para la revocación de mi elegibilidad y de mi derecho a participar en el programa.

Entiendo y acepto sacar en paz y a salvo al servicio Access de Omnitrans frente a todos los reclamos o responsabilidades por daños causados a cualquier persona, a la propiedad o por las lesiones personales que ocurran como resultado de no equipar o mantener la seguridad del equipo adaptable o del animal de servicio que preciso para mi movilidad. He leído y comprendo plenamente las condiciones para recibir el servicio que se describen en las Políticas sobre Transporte para Discapacitados de Omnitrans y acepto cumplirlas.

Por la presente, autorizo a que se revele la información de verificación y cualquier información adicional a Omnitrans con el fin de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa Access.

Certifico que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Se tiene que suministrar la siguiente información si la solicitud fue completada por una persona que no es el/la solicitante:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ TELÉFONO DURANTE EL DÍA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_  
Calle                      N° de Dpto.                      Ciudad                      Estado                      Código postal

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### Contacto de emergencia

NOMBRE \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

Calle

N° de Dpto.

Ciudad

Estado

Código postal

**Esta página y las 2 páginas siguientes tienen que ser completadas por un profesional del cuidado de la salud licenciado y calificado (EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR).**

**SERVICIO ACCESS DE OMNITRANS**

Verificación de elegibilidad

Tenga en cuenta, por favor: Toda la información para la verificación de la elegibilidad tiene que ser suministrada por un profesional licenciado calificado. Los ejemplos de profesionales licenciados calificados incluyen, pero no se limitan a:

Médico	Psiquiatra	Psicólogo	Quiropráctico
Oftalmólogo	Enfermera titulada	Trabajador social	

PERSONA QUE COMPLETA LA VERIFICACIÓN \_\_\_\_\_

TÍTULO PROFESIONAL \_\_\_\_\_

AGENCIA/AFILIACIÓN \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENCIA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PROFESIONAL \_\_\_\_\_

Calle                      N° de unidad                      Ciudad                      Estado                      Código postal

TELÉFONO PROFESIONAL \_\_\_\_\_

**\*\*\*SI MARCA NO O A VECES EN CUALQUIER ÍTEM DEBAJO, POR FAVOR EXPLIQUE\*\*\***

1. ¿Cuál es el diagnóstico médico que provoca la discapacidad (por ejemplo: discapacidad intelectual, epilepsia)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta condición, ¿es temporaria?     Sí     No

Si respondió sí, se prevé que dure hasta: \_\_\_\_\_  
Fecha de duración

2. ¿La discapacidad del solicitante requiere que viaje con un asistente?

Sí     No     A veces

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

3. ¿Existe alguna otra información médica que el servicio Access de Omnitrans debiera conocer en caso de una emergencia (por ejemplo: hepatitis, tuberculosis)?

\_\_\_\_\_

4. Si el cliente tiene una discapacidad que afecta su movilidad:

¿Puede viajar una distancia de 200 pies sin asistencia?  Sí  No  A veces

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

¿Puede viajar una distancia de 3 cuadras (1/4 de milla) sin asistencia a través de diferentes tipos de terreno?  Sí  No  A veces

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

¿Puede viajar una distancia de 6 cuadras (1/2 milla) sin asistencia a través de diferentes tipos de terreno?  Sí  No  A veces

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

¿Puede aguardar al aire libre sin ningún soporte durante 15 – 30 minutos en diferentes condiciones climáticas?

Sí  No  A veces Explique: \_\_\_\_\_

Puede cruzar:  Señal de alto de 2 vías  Señal de alto de 4 vías

¿Puede cruzar intersecciones controladas por semáforo en las siguientes áreas?:

residenciales  semi-comerciales  comerciales

5. Si es un discapacitado visual, ¿cuál es la mejor agudeza visual corregida? Derecho \_\_\_\_\_  
Izquierdo \_\_\_\_\_

Restricción del campo visual: Derecho \_\_\_\_\_ Izquierdo \_\_\_\_\_

Si es legalmente ciego/a:

¿Puede viajar una distancia de 200 pies sin asistencia?  Sí  No  A veces

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

¿Puede viajar una distancia de 3 cuadras (1/4 de milla) sin asistencia a través de diferentes tipos de terreno?  Sí  No  A veces

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

¿Puede viajar una distancia de 6 cuadras (1/2 milla) sin asistencia a través de diferentes tipos de terreno?  Sí  No  A veces

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

¿Puede aguardar al aire libre sin ningún soporte durante 15 – 30 minutos en diferentes condiciones climáticas?

Sí  No  A veces Explique: \_\_\_\_\_

Puede cruzar:  Señal de alto de 2 vías  Señal de alto de 4 vías

¿Puede cruzar intersecciones controladas por semáforo en las siguientes áreas?:

residenciales  semi-comerciales  comerciales

6. Si la persona tiene una discapacidad cognitiva:

¿Puede decir su nombre, dirección y números de teléfono si se los solicitan?  Sí  No  A veces

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

¿Puede reconocer un destino o punto de referencia?  Sí  No  A veces

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

¿Puede lidiar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?  Sí  No

A veces Explique: \_\_\_\_\_

¿Puede pedir, comprender y seguir instrucciones?  Sí  No  A veces

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

¿Puede viajar de manera segura y efectiva en instalaciones abarrotadas de gente y/o complejas?  Sí

No

A veces Explique: \_\_\_\_\_

7. Si la persona tiene un trastorno del habla:

¿Puede comunicarse verbalmente?  Sí  No  A veces

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

¿Puede comunicarse con un dispositivo de comunicación aumentativa?  Sí  No  A veces

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

¿Puede comunicarse por escrito?  Sí  No  A veces

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

¿Puede comunicarse por teléfono?  Sí  No  A veces

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

Verifico que la información suministrada en este Formulario de Verificación de Elegibilidad es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional calificado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de profesional calificado (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Número de licencia o certificación