



## SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA T LIFT DE LAWRENCE TRANSIT

T Lift es un servicio de viajes compartidos puerta a puerta basado en la demanda, mediante el cual los clientes llaman con anticipación para programar sus viajes. El solicitante debe poder encontrar el vehículo en la calle para su recogida. T Lift les brinda este servicio a las personas que no pueden usar el sistema habitual de rutas fijas para realizar todos sus viajes. Para que una persona sea elegible para este servicio, las limitaciones funcionales causadas por su discapacidad deben impedirle el uso del servicio regular de autobuses de ruta fija. Para ser elegibles para este servicio, **los solicitantes deben presentar una solicitud completada para su revisión**. Esta solicitud contiene dos secciones. El solicitante o su apoderado debe completar la **Sección A**. Un profesional calificado debe completar la **Sección B**. Una vez que se reciba la solicitud completada, comenzará un período máximo de 21 días de revisión. Envíe su solicitud completada por correo electrónico, fax o correo postal.

### SECCIÓN A

#### INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE (TIPEE O ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PREFERENCIA \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_ APARTAMENTO N.º \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO/DIRECCIÓN DE RECOGIDA \_\_\_\_\_ APARTAMENTO N.º \_\_\_\_\_ CÓDIGO DE LA PUERTA: \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LENGUA MATERNA \_\_\_\_\_ TTY/TTD    Sí    NO

TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_ TELÉFONO FIJO \_\_\_\_\_ TELÉFONO LABORAL \_\_\_\_\_

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

¿NECESITA QUE LA INFORMACIÓN ESTÉ DISPONIBLE EN OTRO FORMATO?

BRILLE    LETRA GRANDE    AUDIO    OTRO \_\_\_\_\_

#### SI COMPLETA ESTE FORMULARIO EN NOMBRE DEL SOLICITANTE, PROPORCIONE SU

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA AGENCIA (SI CORRESPONDE) \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A - CONTINUACIÓN

### INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_ RELACIÓN CON EL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

### DIVULGACIÓN SOBRE LA SALUD Y LAS CAPACIDADES

1. Describa todas las discapacidades y afecciones de salud que pueden impedirle usar el servicio habitual de ruta fija:

Afección 1: \_\_\_\_\_ ¿Esta afección es permanente? SÍ NO

Explicación: \_\_\_\_\_

Afección 2: \_\_\_\_\_ ¿Esta afección es permanente? SÍ NO

Explicación: \_\_\_\_\_

Afección 3: \_\_\_\_\_ ¿Esta afección es permanente? SÍ NO

Explicación: \_\_\_\_\_

Si alguna de estas afecciones es temporal, indique cuántos meses faltan para su recuperación general \_\_\_\_\_

2. ¿Los cambios en el clima (calor o frío extremo, viento, lluvia, nieve o hielo) combinados con su discapacidad o afección de salud le impiden usar el servicio regular de autobuses de ruta fija? SÍ NO

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

3. ¿Necesita la ayuda de un asistente de atención personal (PCA, por sus siglas en inglés) cuando viaja? **(los conductores deben contar con su propio PCA)** SÍ NO A VECES

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

4. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para moverse?

Silla de ruedas manual

Motoneta eléctrica o scooter

Andador

Animal de servicio

Oxígeno

Silla de ruedas eléctrica

Bastón

Bastón blanco

Muletas

Otro (indique): \_\_\_\_\_

5. Todos los vehículos de Lawrence Transit tienen elevadores para sillas de ruedas, que también son útiles para las personas que tienen dificultades para usar las escaleras. ¿Sería capaz de subir y bajar de un autobús normal sin ayuda de otra persona? (el conductor manejaría el elevador y ayudaría con el sistema de sujeción). SÍ NO A VECES

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

**SECCIÓN A - CONTINUACIÓN**

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LA INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al profesional calificado,  
(nombre del paciente en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_, a completar la Sección B  
(nombre y cargo del profesional calificado en letra de imprenta)

de la Solicitud de elegibilidad para el servicio de paratransito T Lift en mi nombre y a divulgar esta información sobre mis diagnósticos médicos y mi capacidad para usar el servicio habitual accesible de autobuses de ruta fija T Lift a los representantes de Lawrence Transit para su revisión, así como cualquier información de respaldo u otra información pertinente sobre mi salud o afección médica con el único fin de ayudar a Lawrence Transit a determinar mi elegibilidad para el servicio de paratransito T Lift de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés). Entiendo que toda la información médica sobre mi discapacidad seguirá siendo estrictamente confidencial. **Entiendo que no tengo que firmar este formulario de autorización para que se me considere para los servicios, pero entiendo que no se dará importancia a aquellas afecciones médicas declaradas que no puedan comprobarse.**

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que Lawrence Transit, Centro de recursos para adultos mayores (Senior Wheels), e Independence Inc. compartan la información divulgada en este documento con el único fin de determinar mi elegibilidad para acceder a sus respectivos servicios de transporte. Entiendo que cada servicio de transporte tiene sus propias reglas, tarifas y disponibilidades para brindar el servicio. Al compartir mi información personal, entiendo que es posible que se me derive a otro servicio si el proveedor de servicios de transporte de preferencia no puede proporcionar el servicio necesario.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante o de su tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Relación del tutor legal con el solicitante \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal en letra de imprenta, si corresponde \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad y código postal del tutor legal en letra de imprenta \_\_\_\_\_

\*El solicitante/tutor debe recibir una copia de este formulario de autorización.

\*\*Si el solicitante solo puede hacer una marca como firma, una vez que la haga, pídale a alguien que actúe como testigo al firmar con su nombre encima o al lado de la marca que haya hecho. Un "tutor legal" o una persona con un "poder legal" podrá firmar el documento solo si también se proporciona una copia de la documentación que demuestre su autoridad legal para actuar y firmar en nombre del solicitante. **LA DOCUMENTACIÓN NO ES NECESARIA EN EL CASO DE LOS PADRES DE UN NIÑO MENOR DE EDAD.**

**ALTO**

**UN PROFESIONAL CALIFICADO DEBE COMPLETAR LAS SIGUIENTES PÁGINAS**

## SECCIÓN B

### DEFINICIÓN DE PROFESIONAL CALIFICADO

Esta sección debe completarse por un **profesional calificado** independiente que pueda comprobar y justificar las capacidades funcionales del solicitante. Una profesión calificada es aquella que pertenece a una de las siguientes categorías:

- ❖ Médico (MD o DO) o enfermero profesional
- ❖ Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional
- ❖ Psiquiatra, psicólogo u otro profesional de la salud mental
- ❖ Oftalmólogo

### LEY PARA ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA) E INSTRUCCIONES

Con respecto al transporte público, la ADA define a una persona con una discapacidad como "cualquier persona con una discapacidad que padezca una afección específica relacionada con una deficiencia que le impida desplazarse hacia una parada de autobús del sistema público de autobuses y desde ella. Las barreras arquitectónicas y medioambientales como la distancia, el terreno o el clima no constituyen, por sí solas, un fundamento para la elegibilidad. Sin embargo, debe tenerse en cuenta la interacción de las condiciones ambientales (como el terreno y el clima) con la afección relacionada con la deficiencia de la persona".

Compruebe la discapacidad declarada por el solicitante, el alcance de esta discapacidad y las evaluaciones funcionales en cuanto a la capacidad del solicitante para realizar actividades relacionadas con el uso de un servicio de tránsito de ruta fija. Su opinión será especialmente relevante en caso de que el solicitante haya declarado una discapacidad "oculta" o "no visible" (por ejemplo, una afección médica como una afección cardíaca o pulmonar, una enfermedad mental o una enfermedad articular, entre otras). Esta verificación también ayudará a determinar el grado de capacidad cognitiva.

### DIVULGACIÓN SOBRE LA SALUD Y LAS CAPACIDADES

1. Describa todas las discapacidades y afecciones de salud que pueden impedirle al solicitante usar el servicio regular de ruta fija (adjunte otra página de ser necesario):

Afección/ICD-9CM CÓDIGO 1: \_\_\_\_\_ ¿Esta afección es permanente? SÍ NO  
Explicación: \_\_\_\_\_

Afección/ICD-9CM CÓDIGO 2: \_\_\_\_\_ ¿Esta afección es permanente? SÍ NO  
Explicación: \_\_\_\_\_

Afección/ICD-9CM CÓDIGO 3: \_\_\_\_\_ ¿Esta afección es permanente? SÍ NO  
Explicación: \_\_\_\_\_

2. ¿El solicitante utiliza alguna de las siguientes ayudas para moverse?

Silla de ruedas manual

Oxígeno

Muletas

Motoneta eléctrica o *scooter*

Silla de ruedas eléctrica

Otro (indique): \_\_\_\_\_

Andador

Bastón

Animal de servicio

Bastón blanco

3. ¿El solicitante necesita la ayuda de un asistente de atención personal (PCA, por sus siglas en inglés) cuando viaja? (**los conductores deben contar con su propio PCA**) SÍ NO A VECES

## SECCIÓN B - CONTINUACIÓN

4. ¿Los cambios en el clima (calor o frío extremo, viento, lluvia, nieve o hielo) combinados con la discapacidad o afección de salud del solicitante le impiden usar el servicio regular de autobuses de ruta fija? SÍ NO

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

5. Todos los autobuses de **ruta fija** de Lawrence Transit son accesibles de conformidad con la ADA. Según las afecciones médicas/de salud declaradas y en su opinión como experto, ¿cree que el solicitante es capaz de utilizar el servicio de **ruta fija**? SÍ NO

## VERIFICACIÓN DEL PROFESIONAL CALIFICADO

NOMBRE Y APELLIDO LEGAL \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

CERTIFICADO/LICENCIA N.º (**obligatorio**): \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_

Certifico con mi firma que son ciertos los diagnósticos médicos y las respuestas a las preguntas sobre capacidad que figuran anteriormente.

Entiendo que el hecho de proporcionar información falsa podría dar lugar a la denegación del servicio al solicitante.

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_