

## Solicitud para Servicio Paratrásito

El Distrito de Transporte de Tahoe (TTD) administra el servicio paratrásito en South Lake Tahoe de conformidad con las Políticas y Procedimientos del Servicio Paratrásito ADA del Área South Shore, disponible en el sitio web de TTD o bajo petición. El servicio está disponible para personas que no pueden usar el sistema de ruta fija debido a discapacidades específicas o condiciones relacionadas con la salud, personas de 65 años o más (tercera edad) y veteranos con una designación de "Discapacidad Relacionada con el Servicio" en su Tarjeta de Identificación de Veteran's Health. Se cumplen los requisitos mediante el envío de una solicitud al TTD, que será revisada y aprobada por un período de hasta tres (3) años. Los pasajeros aprobados deben obtener una tarjeta de identificación con foto de servicio paratrásito para seguir en cumplimiento.

### Requisitos para Adultos Mayores y Veteranos

Los adultos mayores y los veteranos deben completar y presentar la Parte A de la solicitud. La parte B y el C de esta solicitud, el permiso médico y los requisitos médicos, son opcionales. TTD insta a todos los solicitantes a que soliciten a su proveedor sanitario completar la Parte C. Los adultos mayores comprueban su edad presentando una válida identificación con foto (p. Ej. identificación con foto emitida por el gobierno). Los veteranos deben presentar la Tarjeta de Identificación de Veteranos con una designación "discapacidad relacionada con el servicio" al enviar su formulario a TTD.

### Requisitos para Discapacitados

Las personas menores de 65 años también pueden calificar para usar el servicio paratrásito. Las personas incapaces de:

- Viajar hacia o desde las paradas o estaciones de transporte dentro del área de servicio
- Abordar, viajar o salir independientemente de los vehículos de transporte de ruta fija
- "Navegar por el sistema" de modo independiente, por ejemplo, una persona que no puede viajar en el autobús de forma independiente, reconocer paradas de autobús, entender cómo llevar a cabo los viajes en autobús, pagar la tarifa, etc.

### Instrucciones

- Si cree que tiene una discapacidad que hace que cumpla con los criterios anteriores, favor de completar las Partes A y B, y luego solicitar a un profesional médico calificado que esté familiarizado con sus capacidades completar la Parte C.
- Enviar por correo, fax o correo electrónico a la dirección indicada en la página 6.
- **Nota:** El papeleo del Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI) o del Seguro Social (SSI) y los documentos o pancartas del DMV no son comprobantes.

No se basa la determinación sobre ser buen candidato únicamente en la información de esta solicitud. Puede ser necesario que los solicitantes participen en una entrevista y / o evaluación funcional. Se devolverán las solicitudes incompletas o ilegibles para su finalización, lo que puede retrasar la determinación del solicitante. Se emitirá la determinación final sobre ser buen candidato dentro de los 21 días posteriores a recibir la solicitud completa. Los solicitantes exitosos serán

contactados para programar una cita para obtener su tarjeta de identificación con foto de servicios paratransito.

**Están disponibles formatos alternativos de esta solicitud bajo petición.**

*PÁGINA INTENCIONALMENTE EN BLANCO*

## **PARTE A - A COMPLETAR POR SOLICITANTE O REPRESENTANTE**

Favor de completar todas las secciones de la Parte A. Cualquier información falsa o engañosa resultará en denegación.

### **SOLICITANTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ I.M. \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CALLE: \_\_\_\_\_ Apt. /Unidad #: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

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

### **VERIFICATION DE SER BUEN CANDIDATO**

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

FORMA DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ #: \_\_\_\_\_

### **CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA**

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

DIRECCIÓN DE CALLE: \_\_\_\_\_

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

¿Alguien le ayudó a llenar esta solicitud?  Sí  No

¿Se debe contactar a esta persona si se necesita información adicional?  Sí  No

Si es así, Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

Sí  No

#### **TTD Office Use Only**

Reviewer: \_\_\_\_\_  Approved  Denied

Date Reviewed: \_\_\_\_\_ Notes: \_\_\_\_\_

Card Exp. Date: \_\_\_\_\_ Client ID#: \_\_\_\_\_

## **PARTE B - A COMPLETAR POR SOLICITANTE O REPRESENTANTE**

Favor de leer y firmar este permiso médico. Este permiso médico es necesario porque TTD puede necesitar ponerse en contacto con el profesional que completa la Parte C. TTD no divulgará información a ninguna otra parte ni ninguna información médica obtenida por el(los) permiso(s) que usted proporcione.

### **PERMISO MÉDICO**

#### **AUTORIZACIÓN EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA**

Yo, \_\_\_\_\_ le autorizo a:  
(Nombre de Solicitante o Paciente)

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

divulgar Información Sanitaria Protegida (PHI) al Distrito de Transporte de Tahoe (TTD) con el propósito de evaluar si reúno los requisitos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) para usar el servicio paratransito de TTD.

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

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una petición por escrito a TTD, a la atención de: Demand Response Service, P.O. Box 499, Zephyr Cove, NV 89448. Esta autorización caducará en doce (12) meses.

Entiendo que TTD no divulgará ninguna información médica obtenida con este permiso a ninguna otra parte.

Entiendo que no estoy legalmente obligado a firmar esta autorización. Sin embargo, también entiendo que TTD no puede procesar mi solicitud hacia la ADA sin esta autorización. También entiendo que si TTD no puede obtener la información necesaria para determinar cómo mi discapacidad o condición de salud limita o impide mi uso del servicio de transporte de ruta fija, es posible que se rechace mi solicitud hacia la ADA.

Entiendo que al firmar esta declaración le autorizo a TTD a proporcionar una copia de esta declaración al profesional mencionado anteriormente a los efectos del cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de Nacimiento del Solicitante: \_\_\_\_\_

***La solicitud no está completa hasta que un profesional médico titulado complete la Parte C. El profesional debe presentar la solicitud directamente a TTD para que se determine si cumple los requisitos.***

## **PARTE C - A COMPLETAR POR UN PROFESIONAL MÉDICO TITULADO**

El solicitante está solicitando certificación para usar el servicio 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 del solicitante.

### Instrucciones:

- Completar 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, puede encontrar una descripción de los criterios en las páginas 6-9 (Criterios). Marque todas las secciones que aplican al solicitante.
- En la pregunta 3, favor de describir todas las formas en que la discapacidad del solicitante les impide usar el transporte de ruta fija.

Favor de indicar su profesión:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Médico (MD/DO)                 | <input type="checkbox"/> Asistente de Médico / Enfermera Practicante |
| <input type="checkbox"/> Enfermera registrada           | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico u Ocupacional              |
| <input type="checkbox"/> Oftalmólogo / Optometrista     | <input type="checkbox"/> Trabajador Social Clínico Licenciado        |
| <input type="checkbox"/> Especialista en Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Psiquiatra / Psicólogo                      |
| <input type="checkbox"/> Otro* _____                    |  |

*\*Se recomienda a otros profesionales interesados en enviar verificación profesional en nombre de los pacientes / clientes que lo hagan, pero deben recibir la aprobación de TTD antes de la presentación.*

1. ¿La discapacidad del solicitante les impide usar el transporte de ruta fija para llevar a cabo las actividades diarias tan efectivamente como las personas que no están tan afectadas?
- Sí  No

2. Indique el número de sección de los criterios (páginas 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. Explique cómo la discapacidad del solicitante le impide utilizar el transporte de ruta fija.

---

---

---

4. Esta condición es:

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

5. Por favor indique si aplica:

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas         | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Eléctrica o Vespa | <input type="checkbox"/> Andador  |
| <input type="checkbox"/> Bastón                  | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico              | <input type="checkbox"/> Muletas  |
| <input type="checkbox"/> Otra Ayuda de Movilidad | <input type="checkbox"/> Deterioro Visual Significativo    | <input type="checkbox"/> Audición |

Impedimento

- Animal se Servicio  Discapacidad de Desarrollo  Tablero de Comunicación  
 Otros (especificar): \_\_\_\_\_

6. Si el solicitante usa una silla de ruedas o un scooter, ¿puede trasladarse a un asiento del autobús?  
 Sí                       No                       N/A
7. ¿Cuál es el peso combinado del solicitante y el dispositivo de movilidad (por ejemplo, silla de ruedas)? \_\_\_\_\_  
**Nota: La capacidad máxima del ascensor / rampa con el pasajero es de 600 lbs.**
8. El solicitante requiere un asistente de cuidado personal (PCA) debido a la discapacidad descrita.  
 Sí                       No                       Solo ruta fija  
 En caso afirmativo, describa por qué se necesita la asistencia de un PCA.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. ¿Otras consideraciones o efectos especiales de esta discapacidad que deberían conocerse?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Favor de llenar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_  
 Agencia: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_

Favor de firmar con fecha:

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

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

Las solicitudes también pueden enviarse por fax o por correo a:

Tahoe Transportation District  
 Attn: Applications for Demand Response Service  
 P.O. Box 499  
 Zephyr Cove, NV 89448  
 FAX: (775) 589-5509

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Tara Styer, gerente de operaciones de TTD al (775) 589-5509.

## **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 Paratrásito 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:** Personas 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 solo 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 solo 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.