

# INSTRUCCIONES DE LA SOLICITUD

Todos los solicitantes deben presentar una solicitud completa que incluye los siguientes formularios:

(1) Formulario del Cuestionario de Certificación

(2) Formulario de Verificación Profesional

## PASO 1 - Completar el Cuestionario de la Certificación

El Cuestionario de Certificación lo debe diligenciar el solicitante o su defensor. El formulario debe responderse en su totalidad. Debe firmarse por el solicitante, o, en su caso, por el tutor del solicitante, o cualquier persona que ayude al solicitante a completar la solicitud.

## PASO 2 - Completar el Formulario de Verificación Profesional

Uno de los siguientes profesionales familiarizados con las condiciones de los solicitantes debe completar el Formulario de Verificación Profesional:

- Médicos o Psiquiatras
- Terapeutas Ocupacionales
- Psicólogos
- Fisioterapeutas
- Trabajadores Sociales Independientes con licencia (LISW, LICSW)
- Terapeutas Recreativos
- Patólogos del Habla / Lenguaje
- Especialistas Certificados en Orientación y Movilidad
- Enfermeras Profesionales Registradas (RN)
- Médicos Quiroprácticos (DC)

Para completar el Formulario de Verificación Profesional

1. Completar y firmar la Autorización para Divulgar Información.
2. Enviar el Formulario de Verificación Profesional a su profesional designado.
3. Esperar que su profesional le devuelva el Formulario de Verificación Profesional. Consulte de nuevo con su profesional si usted no ha recibido de vuelta el formulario de manera oportuna.

## PASO 3 - Presentar Ambos Formularios Juntos

Presentar juntos el Cuestionario de la Certificación y el Formulario de Verificación Profesional en el mismo sobre a la dirección:

Metro Mobility Service Center  
390 N. Robert Street  
Saint Paul, MN 55101-1805

No aceptamos solicitudes por fax O por correo electrónico

Ver información adicional al respaldo

## PASO 4 - Evaluación Presencial

Por lo general los formularios suministran al Personal de Metro Mobility toda la información necesaria para determinar la elegibilidad. Sin embargo, a veces se requiere más información. Cuando esto sucede, podemos pedir al solicitante que venga y se presente para hacer una “evaluación presencial”

Esta evaluación puede incluir lo siguiente:

- Una conversación sobre la movilidad actual del solicitante. El evaluador de Metro Mobility hablará con usted acerca de cómo se moviliza en la actualidad.
- Un viaje en bus simulado por computador. Esta prueba estandarizada está diseñada para medir la capacidad cognitiva de una persona para utilizar las rutas regulares del autobús, del metro o del tren ligero. Se trata de la evaluación ‘Functional Assessment of Cognitive Transit Skills’ o FACTS (por sus siglas abreviadas en inglés), que significa [Evaluación Funcional de las Capacidades Cognitivas de Tránsito].
- Un paseo al aire libre o a través de pasillos elevados. Esto ayudará a determinar aspectos como la destreza física para llegar a tomar las rutas regulares del autobús, del metro o del tren ligero, así como la memoria y el reconocimiento de puntos de referencia.
- Una prueba de caminata y de equilibrio estándar. Esta prueba estandarizada mide la probabilidad de riesgo que tiene una persona de caer. Prueba (Tinetti Gait and Balance Test.)

Por favor, tenga en cuenta que las solicitudes de los postulantes que deban presentarse a una evaluación presencial, seguirán siendo procesadas dentro de los 21 días calendario.

### *Dificultades e inconvenientes comunes*

Para tomar una determinación dentro de los 21 días calendario, el Centro de Servicio de Metro Mobility debe contar con una solicitud completamente diligenciada. Hay varias razones que pueden hacer que una aplicación esté incompleta, como las que se enumeran a continuación. Haciendo un doble control de estas cuestiones ANTES de presentar su solicitud, usted puede evitarse demoras en la tramitación.

1. Falta uno de los formularios. Su solicitud debe contener el Cuestionario de Certificación y el de Verificación Profesional. Por favor, asegúrese de que ambos sean enviados en el mismo sobre.
2. Uno de los formularios no está firmado. Tanto el Cuestionario de Certificación como el de la Verificación Profesional, deben firmarse. Si el solicitante o el profesional olvidan firmar, el formulario se considera incompleto.
3. Faltan las acreditaciones profesionales. Los profesionales deben incluir sus títulos y sus credenciales cuando firman la Verificación Profesional.

Una solicitud incompleta le será devuelta al solicitante una (1) vez. Si la solicitud se envía por segunda vez y todavía está incompleta, la oficina del Centro de Servicio de Metro Mobility la mantendrá retenida durante 60 días antes de descartarla.

Las solicitudes deben tramitarse dentro del término de los 21 días calendario. Si su solicitud completa y debidamente presentada no se tramita en el plazo de los 21 días, se le otorgará una elegibilidad presuntiva para el servicio de Metro Mobility hasta que su solicitud se tramite.

¿Alguna pregunta? Por favor llamar a la línea 651-602-1111.

## CUESTIONARIO DE CERTIFICACIÓN

Ley de Estadunidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) | Elegibilidad para los servicios de Paratransito

1. Vea las Instrucciones de la solicitud
2. Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente de Metro Mobility a la línea telefónica de voz (651) 602-1111, o al Sistema de teletipos (651) 221-9886 TTY.
3. Este formulario se considera incompleto si no está acompañado de la verificación profesional completa.

No aceptamos solicitudes por fax.

Esta solicitud, y la futura información escrita, están disponibles en letras grandes. ¿Las letras grandes, se adecúan mejor a sus necesidades?

## PARTE 1 – Datos del Solicitante

Por favor diligenciar en letra imprenta o a máquina

Nombre:      Primer Nombre      Segundo nombre      Apellido

Dirección del domicilio:      N.º del Apartamento:

Ciudad:      Código Postal:

Teléfono durante el día:      Teléfono durante la noche:

Dirección del Correo Electrónico:

Yo prefiero la comunicación a través del correo electrónico: Si No

Fecha de Nacimiento

Tiene una tarjeta de identificación (ID) del estado de Minnesota, o una licencia de conducir de Minnesota: Si No

N.º Tarjeta de Identificación (ID):      N.º de la Licencia      Año de Expiración

Dirección de Correo Postal (si es diferente de la anterior)

Dirección del domicilio:      N.º del Apartamento:

Ciudad:      Código Postal:

Persona de Contacto en caso de Emergencia

Nombre:

Teléfono durante el día:      Teléfono durante la noche:

1. ¿Eres capaz de viajar en automóvil? Si No

2. Si usas una silla de ruedas o una moto eléctrica (scooter):
  - ¿Tiene más de 30 pulgadas de ancho? Si No
  - ¿Tiene más de 48 pulgadas de largo? Si No
  - ¿El peso del aparato combinado con el del ocupante, suman más de 600 libras? Si No
3. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos de asistencia, si lo hubiera, usa usted? (Por favor, marque todas las opciones que apliquen.)
  - Bastón
  - Bastón Blanco
  - Andador
  - Muletas
  - Silla de ruedas manual
  - Silla de ruedas eléctrica
  - Moto / Carrito Eléctrico
  - Silla de abordaje
  - Animal de servicio
  - Oxígeno Portátil
  - Tabla de traslado
  - Prótesis
  - Ayudas para la comunicación
  - Otras (por favor describir):
4. ¿Su condición de salud/discapacidad exige que su uso del servicio de Metro Mobility sea: Estacionalmente/Por temporadas (del mes de noviembre al mes de abril) Permanentemente / Temporalmente?
  - Si es temporalmente, ¿por cuánto tiempo? Una(s) semana(s) / Un(os) mes(es)
5. ¿Su condición de salud/discapacidad cambia de un día para otro de manera que, en ocasiones, altera su capacidad para utilizar el servicio de la ruta regular del autobús urbano? Si No
  - Si es así, por favor explique:
6. ¿Al usar el servicio de Metro Mobility, sus condiciones de salud/discapacidad exigen que viaje con alguien para ayudarlo y/o que lo supervise? Si No

## PARTE 2 – Preguntas sobre el uso del transporte público de ruta regular

Aún si no puede utilizar el servicio del autobús, del metro o del tren ligero de ruta regular, complete la parte 2 del formulario. Esta información nos ayudará a determinar de qué manera su condición de discapacidad/de salud, afecta su capacidad para usar los servicios de ruta regular.

7. ¿Actualmente utiliza autobuses urbanos de ruta regular de manera independiente? Si No A veces
    - Si la respuesta es “Si”, o “A veces”, ¿a cuántas veces se refiere? por semana / por mes / por año
- ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la manera en que usted usa los autobuses de ruta regular?
- Para viajar desde y hacia un solo destino
  - Para viajar desde y hacia unos cuantos destinos
  - Para viajar desde y hacia muchos destinos diferentes

Explique qué le impide usar de manera independiente el autobús urbano de ruta regular.

8. ¿Alguna vez recibió entrenamiento para usar autobuses urbanos de ruta regular? Si No
9. Usando una ayuda de movilidad o por su propia cuenta, ¿qué tanto es capaz de viajar sin la ayuda de otra persona?
  - Tres (3) cuadras
  - Seis (6) cuadras

- Nueve (9) cuadras o más
  - Menos de tres (3) cuadras
10. Yo puedo esperar un autobús urbano de ruta regular (marque todas las opciones que apliquen):
- Solo si hay una banca o una caseta de espera en el paradero
  - Hasta quince (15) minutos
  - Más de quince (15) minutos
11. Por favor, marque todas las categorías que aparecen abajo que se relacionen con su capacidad de usar el autobús urbano, el tren ligero o el tren de ruta regular:

Yo soy/estoy: Si No A veces

- A. Capaz de tolerar un clima muy frío o muy caliente
- B. Capaz de reconocer destinos, paraderos, o puntos de referencia
- C. Capaz de tolerar la contaminación del aire (esmog, gases, olores)
- D. Libre de ceguera nocturna
- E. Capaz de reconocer información impresa
- F. Capaz de escuchar y procesar palabras pronunciadas o información auditiva
- G. Capaz de comunicar necesidades
- H. Capaz de seguir direcciones
- I. Capaz de lidiar con situaciones imprevistas o cambios en la rutina (por ejemplo: desvíos del autobús)
- J. Capaz de viajar de manera segura y efectiva a través de centros y/o complejos muy concurridos.
- K. Capaz de reconocer variaciones en el terreno
- L. Capaz de desplazarme de manera independiente por los andenes y otras vías peatonales
- M. Capaz de cruzar las calles por cuenta propia
- N. Capaz de encontrar el paradero de bus correcto
- O. Capaz de identificar el autobús correcto
- P. Capaz de subir y bajar de un autobús usando la rampa de elevación si es necesario
- Q. Capaz de depositar las monedas del pasaje en la caja registradora o de mostrar el pase del autobús
- R. Capaz de hacerme en un asiento /o silla de ruedas y permanecer sentado durante un viaje en autobús
- S. Familiarizado con lo que tengo que hacer si pierdo mi autobús

Si usted marcó "No" o "A veces" en cualquiera de los puntos de la pregunta 11, por favor explique:

### **PARTE 3 – Firma del Solicitante**

La información suministrada en este formulario es de datos privados y se utiliza para determinar la elegibilidad para el servicio de paratransito ADA (Americans with Disabilities Act,) [Ley de Estadounidenses con Discapacidades]. La capacidad de determinar su elegibilidad se basa en recibir toda la información solicitada en este formulario. Toda la información médica, visual o de localización concerniente a la solicitud de o los usuarios del servicio de paratransporte es privada. Ninguna información relacionada con Metro Mobility puede ser divulgada a nadie más, a menos que el solicitante o usuario autorice por escrito la divulgación. Si se determina que resulta elegible para el servicio de paratransito ADA, la información sobre su estatus de elegibilidad se ingresará en una base de datos administrada por el Departamento de Seguridad Pública de Minnesota, División de Servicios de Conductores y Vehículos. Esta información podría ser utilizada por la División de Licencias de Conducir del Departamento de Seguridad Pública para: (1) Reexaminar su capacidad de conducir o, (2) Exigir que renuncie a su licencia si se ha desarrollado una afección de salud incapacitante grave desde que se emitió la licencia actual.

Certifico que toda la información en este formulario de solicitud es exacta. Entiendo que la información errónea o la tergiversación de los hechos será motivo de descalificación o rechazo de mi elegibilidad de ADA. También entiendo que la información adicional relacionada con mi condición de salud o discapacidad puede ser requerida para determinar la elegibilidad. Esta información se puede obtener a través de una evaluación presencial o solicitando información a un profesional que entienda mi condición de salud o discapacidad. Se requerirá información adicional solo cuando la información proporcionada en el formulario de solicitud no determine claramente la elegibilidad para el servicio de paratransito ADA.

Firma del Solicitante:                      Fecha:

\*Si el solicitante no es (él/ella) su propio tutor, se requiere entonces la siguiente información sobre el tutor:

Nombre del tutor: (por favor escriba en letra imprenta)

Primer nombre      Segundo nombre      Apellido

Teléfono durante el día:

Firma del tutor:                              Fecha:

\*Si alguna otra persona diferente al solicitante o al tutor del solicitante está diligenciando este formulario, por favor suministre la siguiente información sobre el preparador o tramitador:

Nombre: (por favor escriba en letra imprenta)

Primer nombre      Segundo nombre      Apellido

Teléfono durante el día:

Firma de preparador o tramitador:              Fecha

# VERIFICACIÓN PROFESIONAL DE LA SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD

Americans with Disabilities Act (ADA) [Ley de Estadounidenses con Discapacidad]

1. Complete y firme la "Autorización para Divulgar Información".
2. Enviar a su profesional designado.
3. Esperar a que el profesional le devuelva este formulario. Ahora, si no ha recibido el formulario de vuelta de manera oportuna, consulte de nuevo con su profesional.
4. Este formulario se considera incompleto si no está acompañado también por el Cuestionario completo de Certificación.

No aceptamos solicitudes por fax

## SECCIÓN A – Autorización para Divulgar Información

Por favor escriba en letra imprenta o a máquina (cuando termine, envíelo al profesional que nombró)

Nombre del solicitante:

Fecha de nacimiento

Dirección del solicitante:      N.º del Apartamento:

Ciudad:      Estado:      Código Postal:

Número telefónico del solicitante

(Yo) Autorizo al siguiente profesional a divulgar al Centro de Servicio de Metro Mobility (MMS) información específica conforme a lo solicitado. Tengo entendido que la información divulgada será usada únicamente para determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito ADA. Entiendo también que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se anule, este formulario le permitirá al profesional mencionado abajo divulgar información descrita durante seis (6) meses después de la fecha que aparece a continuación.

Nombre del profesional:      Título:

Firma del solicitante:      Fecha:

Se requiere la firma del tutor si el solicitante no es su no es (él/ella) su propio tutor

Firma del Tutor:      Fecha:

## SECCIÓN B - Formulario de Verificación Profesional de Metro Mobility

Estimado Profesional de Atención Médica:

Estamos pidiéndole suministrar información sobre la discapacidad de esta persona. La Ley federal es muy específica sobre la elegibilidad para los servicios de paratransito ADA. La ley limita la elegibilidad para las personas que:

1. como resultado de su discapacidad, no pueden abordar, viajar, o descender de un autobús o de un vagón de un tren ligero de ruta regular, o
2. presentan una afección de salud relacionada con una disfunción específica que les impide llegar o salir de un paradero de autobuses.

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA QUE: Esto no incluye a personas que encuentren difícil o incómodo llegar y salir del paradero de autobús. Al suministrar información, usted debe considerar solo la presencia de una discapacidad o afección de salud y no la edad ni la situación económica del solicitante. El personal de Metro Mobility es quien toma la última decisión sobre el estatus de elegibilidad.

Esta sección del formulario debe diligenciarse por todos los solicitantes

### *Información General*

- Describa la discapacidad diagnosticada de la que se está tratando actualmente a esta persona:
- Describa cualquier otra afección de salud o discapacidad con la que esta persona ha sido diagnosticada:
- Fecha de inicio de la condición
- Fecha de la última visita
- ¿Cuánto tiempo hace que trabaja con la persona? Desde
- ¿Es una discapacidad temporal o permanente?
  - Si es permanente, ¿es una discapacidad progresiva? Si No
  - Si es temporal, por favor haga el estimativo más probable del ritmo de recuperación.
- ¿La terapia, es parte del tratamiento? Si No  
Si es así, haga una breve descripción
- ¿Las temperaturas extremas afectan a la persona?  
(Por ejemplo, el índice de calor de más de 85° grados Fahrenheit, o el viento frío de menos de 10° grados) Si No  
Si es así, ¿cómo?
- Por favor mencione todos los medicamentos.
- ¿Esta persona es cumplida para administrarse los medicamentos? Si No
- ¿Actualmente la persona utiliza una ruta regular de transporte público? Si No No está seguro
- ¿La capacidad de juicio la persona, es deficiente? Si No
- ¿La inhibición conductual de la persona, es deficiente? Si No
- ¿La persona puede caminar? Si No
- ¿La persona utiliza alguna ayuda para la movilidad? Si No Por favor mencione
- ¿Cuánto tiempo lleva la persona usando el (los) aparato(s)?
- ¿Qué tanto puede desplazarse la persona sin la ayuda de otro individuo?
  - Tres (3) cuadras
  - Seis (6) cuadras
  - Nueve (9) cuadras o más
  - Menos de tres (3) cuadras
- ¿Esta distancia se incrementará con tratamiento/terapia? Si No
- Por favor indicar la distancia que se espera aumentar después del tratamiento/terapia:
  - Tres (3) cuadras
  - Seis (6) cuadras
  - Nueve (9) cuadras o más
  - Menos de tres (3) cuadras
- Dar el mejor estimativo de la cantidad de tiempo requerida para lograr esta mejoría.

Por favor diligenciar solo aquellas secciones que apliquen para este persona

## **Disfunción Neurológica/ Traumatismos o lesiones en la Cabeza**

### Disfunción Neurológica/ Traumatismo o Lesiones en la Cabeza

- ¿La persona sufre de convulsiones? Si No Fecha de la última convulsión
- Por favor indique el número de convulsiones sufridas y la frecuencia
- ¿Qué tipo(s) de convulsión(es) experimenta el paciente?
- ¿La persona experimenta auras? Si No
- ¿Se encuentra deteriorada la capacidad de juicio de la persona? Si No
- ¿La inhibición conductual está deteriorada? Si No
- ¿El deterioro del juicio y de la inhibición conductual le impiden a la persona desplazarse de manera independiente por fuera de la casa o en el entorno cercano? Si No
- Cuando se desplaza de manera independiente, la persona tiene la capacidad para: (marque todas las opciones que apliquen)
  - Obtener ayuda si se extravía
  - Reconocer & evitar el peligro
  - Cruzar las calles de manera segura
  - Guiarse y seguir las indicaciones escritas
  - Comunicar las necesidades
  - Procesar información
  - Entender y seguir bien los horarios para llegar a tiempo a los lugares programados
- ¿Hay historial de daño cerebral? Si No Fecha de la lesión

## **Discapacidad Visual**

- Por favor suministrar mediciones de agudeza visual y lecturas sobre mediciones del campo visual de ambos ojos. OS [Ojo izquierdo]: OD [Ojo derecho]:
- ¿La persona requiere algunas acomodaciones, adaptaciones, ayudas para la baja visión, etc? Por favor mencione.
- ¿Cómo afecta la discapacidad visual de la persona su capacidad para desplazarse por los alrededores?
- ¿La persona ha recibido algún entrenamiento de orientación & movilidad (O&M)? Si No

¿Alguna Pregunta? Por favor llamar al 651-602-1111

## **Impedimentos Cognitivos/Mentales**

- ¿La persona vive alguna de las siguientes experiencias?:
  - Alucinaciones auditivas
  - Alucinaciones visuales
  - Delirios
  - Disociación
- ¿Esto le impide al individuo estar orientado hacia la persona, el lugar, y el tiempo? Si No
- ¿Actualmente la persona es tratada por alguna de las siguientes situaciones?:
  - Ansiedad
  - Depresión
  - Ataques de pánico
  - Esquizofrenia
  - Otros:
- Para los ataques de pánico por ansiedad, indique en promedio la frecuencia y la duración de los ataques de pánico.
  - Por día
  - Por semana

- Por mes
- Por año
- Duración aproximada:
- ¿Qué tipo de técnica(s) y/o recursos está utilizando la persona para ayudarse a hacer frente y sobrellevar el (los) problema(s) mencionado(s)?
  - Visualización
  - Técnicas de Relajación
  - Diálogo Interno Positivo consigo mismo
  - Aromaterapia
  - Otras:
- ¿Estas técnicas son efectivas para reducir los síntomas? Si No
- ¿Existe un historial de uso de Terapia de Electroconvulsiva (Electrochoque) (ECT)? Si No No se conoce

Por favor, mencione el puntaje del Coeficiente Intelectual (CI) y el GAF (Global Assessment of Functioning [Escala de Evaluación de la Actividad Global] si se conoce. IQ = GAF =

- Por favor, describa las limitaciones funcionales causadas por este impedimento
- ¿La capacidad de juicio del individuo se encuentra deteriorada? Si No  
Si es afirmativo, por favor describa en qué grado o de un ejemplo.
- ¿La persona es capaz de vivir de manera independiente? Si No
- Comentarios Adicionales:

### *Por favor devolver el formulario al solicitante*

Por favor imprimir para que podamos contactarnos con usted si es necesario

Nombre del Profesional: Fecha:

Título:

Dirección del Domicilio:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Número Telefónico: Número del Fax:

Firma del Médico/del Profesional de Atención Médica:

\* Para ser válido, el formulario debe firmarse con las respectivas credenciales