



**SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD
ADA PARA TRANSPORTE COMPLEMENTARIO**

**Envía a: JAC ASSIST
3770 Butti Way
Carson City, NV 89701
Phone: (775) 841-7433
Fax: (775) 887-2324**

**PARTE A
Personal / Información de Contacto**

JAC Assist proporciona servicios de transporte origen a destino a los individuos que no pueden utilizar el sistema de transporte de ruta fija JAC regular. Para ser elegible para el servicio, las limitaciones funcionales de la discapacidad de un individuo deben impedir la prevención del uso del servicio de autobús de ruta fija regular. La distancia de la persona hacia parada de autobús o incapacidad para conducir por él mismo / ella misma no se tiene en cuenta en la determinación de elegibilidad.

Para ser considerada su elegibilidad, los individuos deben completar la Parte A de esta solicitud; y un examen profesional médico calificado (por ejemplo, médico [MD o DO], fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, instructor de orientación y movilidad, enfermera, especialista de vida independiente, especialista en rehabilitación, trabajador con licencia sociales, optometrista, psicólogo) deben verificar la Parte A y completar Parte B de esta solicitud.

Los solicitantes tendrán que completar el formulario de *Autorización de Acceso a Información Personal sobre su salud* junto con la Parte B. **Las solicitudes incompletas se devolverán al solicitante.**

POR FAVOR ESCRIBA EN TINTA

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
Dirección _____ Apt. No. _____
Ciudad _____ Estado _____ Estado Postal _____
Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de trabajo (____) _____
TTD / TTY (____) _____ Teléfono de celular (____) _____
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Dirección de correo electrónico: _____
Sexo: Masculino ____ Femenino ____ ¿Fue recomendado por Medicaid?: Sí ____ No ____

¿Le gustaría recibir un mensaje de texto en su teléfono celular 5 minutos antes de cada uno de sus viajes programados (JAC Assist no cobra honorarios por este servicio, pero puede que se apliquen tarifas estándar de mensajes y datos a través de su operador)? Si _____ No _____

¿Necesita información en un formato alternativo?

Braille _____ Letra Grande _____ Cinta de Audio _____ Otros: _____



Si alguien le está ayudando con esta solicitud, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono de casa (_____) _____ Teléfono de trabajo (_____) _____

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Nombre _____ Relación: _____

Teléfono de casa: (____) _____ Teléfono de celular: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____

INFORMACIÓN SOBRE SUS CAPACIDADES

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud que le **impide** usar el servicio regular de autobús **JAC** de ruta fija?

___ Certificado de discapacidad visual

___ Pérdida o incapacidad de usar uno o más miembros

___ Daños severos de cerebrovasculares

___ Parálisis que afecta la movilidad, el habla, la visión o la memoria

___ Artritis severa

___ Trastornos autoinmunes, por ejemplo, Lupus o Esclerodermia, etc.

___ Cardíaca y / o respiratoria severa que afecta e impide fuerza y / o la resistencia

___ Trastorno emocional severo (puede requerir una asistente)

___ Discapacidades del desarrollo, por ejemplo, retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia, autismo o trastorno neurológico, etc.

___ Pérdida auditiva acompañada de incapacidad para entender el habla con o sin un audífono

___ Otro (explique): _____

a. ¿Es su discapacidad permanente? _____ Si _____ no

b. Si su discapacidad es temporal, ¿cuánto tiempo espera que sea hasta que esté mejor?

_____ Meses.

c. ¿Hay una temporada durante el año en la cual su condición de discapacidad / salud empeora y le impide viajar sin ayuda? **(Marque todo lo que corresponda)**

_____ Primavera _____ verano _____ Otoño _____ Invierno



2. ¿Usa alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? **Marque todo lo que corresponda.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Scooter motorizado | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Caminadora | <input type="checkbox"/> Bastón Blanco |
| <input type="checkbox"/> Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno | <input type="checkbox"/> Otro (por favor liste) _____ |

Si marco el animal de servicio, por favor describa su animal de servicio.

3. ¿Los cambios en el clima (como calor extremo, el frío, el viento, la lluvia, la nieve y / o el hielo) combinados con su discapacidad o condición de salud le **impiden** usar el servicio regular de autobús **JAC** de ruta fija?
_____ Si _____ no

En caso afirmativo, explique completamente. Use una hoja adicional si es necesario.

4. ¿Necesita la asistencia de un asistente de cuidado personal (PCA) cuando viaja? (Los pasajeros deben proporcionar su propio PCA)

_____ Sí _____ No _____ A veces

4. Todos los vehículos de JAC tienen ascensores para sillas de ruedas (Si no puede subir escaleras, usted puede estar en el ascensor). ¿Puede usted subir y bajar de un autobús regular **sin la ayuda de otra persona?** (El conductor maneja el ascensor y ayuda con el sistema de sujeción.) Los ascensores tienen pasamanos.

_____ Sí _____ No _____ A veces

Si contestó No o a veces, explique por qué:

6. ¿Su incapacidad o condición de salud le **impide** llegar o salir de una parada de autobús sin la ayuda de otra persona, por una de las siguientes razones? (**Marque todo lo que corresponda.**)

- No puede (no sólo difícil) viajar en terreno áspero o accidentado
- Extrema sensibilidad a ciertas condiciones climáticas
- Fatiga extrema debido a condición de salud
- No es posible cruzar intersecciones ocupadas
- Falta de aceras y cortes en la parada de autobús
- No se puede localizar la parada del autobús debido a una discapacidad visual
- No se puede esperar fuera por más de diez (10) minutos
- No puede viajar sobre hielo o superficies cubiertas de nieve
- No es posible identificar el autobús correcto durante el día cuando hay luz
- No puede identificar el autobús correcto a primera hora de la mañana o al anochecer cuando está oscuro
- Otro

Por favor explique:



7. ¿Cuántas cuadras desde su casa hasta la parada de autobús más cercana?

(Una cuadra de la ciudad es aproximadamente 500 pies de largo)

8. Indique a continuación hasta dónde puede viajar sin ayuda.

Menos de 200 pies $\frac{1}{4}$ de milla (3 cuadras) $\frac{1}{2}$ milla (6 cuadras)
 $\frac{3}{4}$ de milla (9 cuadras) más de $\frac{3}{4}$ de milla

9. Después de llegar a una parada de autobús, ¿cuánto tiempo puede esperar fuera (no sentado) hasta que llegue el autobús?

30 minutos o más 15 minutos 10 minutos
 Menos de 10 minutos

Si no puede mantenerse de pie mientras espera, ¿explique por qué no?

10. ¿Cuál de las siguientes funciones no puede realizar **sin** la ayuda de otra persona: (marque todas las que correspondan)

Comprender y / o procesar información
 Solicitar o seguir información escrita u oral, como horarios

Incluyendo TDD, cinta de audio o voz?

¿Calcular la tarifa correcta?

¿Seguir las instrucciones en una emergencia?

¿Reconocer su destino mientras está en el autobús?

Una vez que baje del autobús, localizar y alcanzar su destino?

¿Cruzar una intersección ocupada?

¿Encontrar su camino entre lugares conocidos?

Señalar al conductor del autobús para bajar del autobús en una parada familiar y luego bajar del autobús? Suponga que el conductor llama a todas las paradas.

¿Agarrar monedas, pases y manijas?

¿comunicar direcciones, destinos y números de teléfono?

Tratar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina, por ejemplo, cambio de ruta debido a la construcción de carreteras, parada de autobús regular cerrada?

11. Si hubiese entrenamiento disponible para montar en el sistema regular de autobuses de JAC sin costo alguno, ¿cree usted que se beneficiaría de recibir este entrenamiento?

Si no



Entiendo que al completar la PARTE A es el primer paso para determinar si soy elegible para JAC Assist ADA Servicio de transporte complementario.

Además, estoy de acuerdo en que un Médico Profesional Calificado conduzca una evaluación profesional independiente de mi elegibilidad completando la PARTE B de la solicitud. Entiendo que el no participar en esta evaluación resultará en un rechazo de su elegibilidad para el servicio de transporte asistido JAC Assist.

Entiendo que toda la solicitud (Parte A, Parte B y el Formulario de Autorización de provee Información Médica Personal) debe ser presentada para comenzar la revisión de la solicitud. Además, autorizo al p Médico Profesional Calificado que complete la Parte B en mi nombre a que revele mi información de salud a JAC Assist para su revisión, así como cualquier información de apoyo u otra información pertinente sobre mi salud o condición médica para ayudar a determinar la elegibilidad para JAC Assist Servicio de transporte asistido. Entiendo que al recibir esta solicitud, JAC Assist determinará mi elegibilidad dentro de los 21 días de calendario. Además, entiendo que JAC Assist puede necesitar ponerse en contacto conmigo o un representante en mi nombre con respecto a mi solicitud, así como posiblemente el Médico Profesional Calificado que complete la Parte B para obtener más información.

Certifico con mi firma que he sido honesto/a en contestar todas las preguntas en esta aplicación, y que la información que he proporcionado es correcta. Entiendo que proporcionar información falsa podría resultar en el rechazo del servicio.

Firma del Solicitante

Fecha

Si ayudó al Solicitante a llenar este Formulario, firme a continuación:

Firma

Fecha



JAC ASSIST
3770 Butti Way
Carson City, NV 89701
Phone: (775) 841-7433 Fax: (775) 887-2324

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD
ADA TRANSPORTE COMPLEMENTARIO

PARTE B
Verificación de Profesional

Estimado médico Profesional Calificado:

La Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990 requiere que JAC provea el Servicio Complementario de Transporte asistido de ADA a cualquier persona que no pueda usar el servicio de autobús de ruta fija JAC debido a una discapacidad. El Servicio Complementario de transporte asistido de ADA se proporciona en un área contigua al servicio de autobús de ruta fija de JAC. El solicitante que le ha pedido revisar y firmar esta solicitud está solicitando ser considerado elegible para el Servicio Complementario de Transporte Parcial ADA de JAC Assist, el cual está diseñado sólo para aquellos viajes que el solicitante no puede hacer en el servicio de autobús de ruta fija JAC.

Lo que se necesita es determinar si, en la práctica, el individuo puede usar el tránsito de ruta fija en sus propias circunstancias. Esto es principalmente una decisión de transporte, no una decisión médica. Esta solicitud está destinada a determinar cuándo y en qué circunstancias el solicitante puede usar el servicio de autobús de ruta fija de JAC y cuando necesita el Servicio Complementario de transporte asistido de Jac Assist.

Revise la información proporcionada por el solicitante en la **PARTE A** de esta solicitud y luego responda las siguientes preguntas:

¿El solicitante **no puede** usar el servicio de ruta fija **JAC** como se describe arriba?

Si _____ no _____

Si No, PARE AQUÍ y no complete el resto de la PARTE B. Por favor firme, Fecha y envíe esta página a JAC Assist, 3770 Butti Way, Carson City, NV 89701.

Firma del profesional Fecha

Nombre Número de licencia /Estado número de teléfono



Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, continúe con la siguiente página y conteste todas las preguntas. Si tiene preguntas relacionadas con la solicitud o verificación pueden dirigirse a JAC Assist al (775) 841-7433

1. ¿Alguna vez ha examinado / evaluado al solicitante en el pasado?
Si _____ no _____

En caso afirmativo, ¿se realizó un examen / evaluación en los últimos doce meses?
Si _____ no _____

¿Duración del tratamiento / bajo su cuidado? _____

2. ¿Cuál es la discapacidad o condición específica del solicitante o su limitación y cómo limita o impide su capacidad para viajar de forma independiente o utilizar el servicio JAC regular de ruta fija?

- ___ Certificado de discapacidad visual
 - ___ Pérdida o incapacidad de usar uno o más miembros
 - ___ Daños severos de cerebrovasculares
 - ___ Parálisis que afecta la movilidad, el habla, la visión o la memoria
 - ___ Artritis severa
 - ___ Trastornos autoinmunes, por ejemplo, Lupus o Esclerodermia, etc.
 - ___ Cardíaca y / o respiratoria severa que afecta la fuerza y / o la resistencia
 - ___ Trastorno emocional severo (puede requerir una asistente)
 - ___ Discapacidades del desarrollo, por ejemplo, retraso mental, parálisis cerebral, epilepsia, autismo o trastorno neurológico, etc.
 - ___ Pérdida auditiva acompañada de incapacidad para entender el habla con o sin un audífono
 - ___ Otro (explique el diagnóstico médico y luego describa la discapacidad o condición de salud / limitación) Use el otro lado de la página si es necesario
- _____
- _____
- _____
- _____

Fecha de inicio _____

3. ¿Es permanente la discapacidad del solicitante?
Si _____ no _____

Si es temporal, ¿cuánto tiempo? _____

¿La discapacidad de este solicitante es por temporadas?
Si _____ no _____



En caso afirmativo, ¿qué temporada (s)? _____

4. ¿Qué ayudas de movilidad utiliza el solicitante? **Marque todo lo que corresponda.**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Scooter motorizado | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Caminadora | <input type="checkbox"/> Bastón Blanca |
| <input type="checkbox"/> Animal de Servicio | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Oxígeno | <input type="checkbox"/> Otro (por favor liste) _____ |

5. ¿El solicitante requiere de Asistente de Cuidado Personal (PCA) cuando viaja en vehículos de tránsito?

Nunca _____ A veces _____ Siempre _____

Si necesita una PCA, explique por qué.

6. ¿Cuáles de las siguientes condiciones climáticas afectan la discapacidad o estado de salud del solicitante de tal manera que le impide llegar y / o salir de una parada de autobús de forma independiente?

Indique: Calor _____ Frío _____ Humedad _____ Nieve _____ Hielo _____
Contaminación / Alergias _____ Otro _____ N / A _____

¿Qué condición meteorológica específica impide que esta persona se mueva por su cuenta? ¿de qué modo?

7. ¿El terreno áspero hace que sea difícil para el solicitante viajar?

Sí _____ No _____ A veces _____

Si respondió Sí o Algunas veces, describa su definición de terreno áspero y cómo es difícil que el solicitante viaje.

8. ¿El solicitante puede: **(Marque todos los que apliquen)**

- Comprender y / o procesar información
 Solicitar o seguir información escrita u oral, como horarios



Incluyendo TDD, cinta de audio o voz?

___ ¿Calcular la tarifa correcta?

___ ¿Seguir las instrucciones en una emergencia?

___ ¿Reconocer su destino mientras está en el autobús?

___ Una vez que él / ella se baje del autobús, localizar y llegar a su destino?

___ ¿Cruzar una intersección ocupada?

___ ¿Encuentra su camino entre lugares conocidos?

___ ¿Señalar al conductor del autobús que baje del autobús para bajar en una parada familiar y luego bajar del autobús? Suponga que el conductor de las llamadas todas las paradas

___ ¿Aceptar monedas, pases y manijas?

___ ¿Desea comunicarse direcciones, destinos y números de teléfono?

___ Tratar con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina, por ejemplo, ruta cambiada debido a la construcción de carreteras, parada de autobús regular cerrada?

___ Sube y baja los escalones?

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Título: _____

Número de licencia/Estado: _____

Dirección de Empresa/Negocio: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____



Formulario de Autorización de Acceso

a Información Protegida sobre su Salud

Yo _____ autorizo a los médicos calificados
(Nombre de Paciente)

Profesional _____
(Nombre y título del Médico Profesional calificado)

Completando la Parte B de esta solicitud en mi nombre, para proveer información sobre mi discapacidad y habilidades para usar el servicio de autobús de JAC de ruta fija accesible a los representantes de JAC Assist para su revisión, así como cualquier información de apoyo u otra información pertinente sobre mi salud o condición médica para ayudar a determinar mi elegibilidad para JAC Assist ADA Servicio complementario de transporte asistido. Entiendo que toda la información médica sobre mi discapacidad será estrictamente confidencial.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para poder ser considerado para servicios, pero entiendo que no se dará importancia a las condiciones médicas reclamadas que no pueden ser verificadas. De hecho, tengo el derecho de negarme a firmar esta autorización. Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que JAC Assist haya actuado en dependencia de esta autorización. Mi revocación por escrito debe ser enviada a JAC Assist, 3770 Butti Way, Carson City, NV 89701.

Firma del solicitante o tutor legal * Fecha

Nombre del tutor legal, si corresponde: _____

Relación del tutor legal con el solicitante: _____

Dirección y número de teléfono del tutor legal: _____

El solicitante o tutor debe tener una copia firmada de este formulario de autorización.

* Este formulario puede ser firmado por un tutor legal o poder legal solamente si también se proporciona documentación que demuestre la autoridad legal para actuar y firmar en nombre del solicitante. La documentación no es necesaria para el padre de un niño menor.