

## Formulario de admisibilidad para el servicio de transporte de DART

Si no puede acceder a este formulario de solicitud, puede encontrarlo en formatos alternativos (por ejemplo, letra grande, Braille).

### Información general (complete en letra de imprenta)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Dirección postal \_\_\_\_\_

Departamento n.º \_\_\_\_\_

Dirección postal (si fuera diferente) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Cód. postal \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Teléfono (durante el día) \_\_\_\_\_ (tarde) \_\_\_\_\_

(celular) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Sexo (M/F) \_\_\_\_\_

Información financiera (opcional)

¿Cuál es su ingreso mensual? \_\_\_\_\_ N.º de personas en el hogar \_\_\_\_\_

### Información relacionada con la discapacidad y la movilidad

¿Qué tipo o tipos de discapacidades le impiden usar el servicio de autobuses urbanos?  
(marque todas las opciones que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> limitación física            | <input type="checkbox"/> enfermedad mental |
| <input type="checkbox"/> pérdida de la visión/ceguera | <input type="checkbox"/> otra              |
| <input type="checkbox"/> discapacidad del desarrollo  | <input type="checkbox"/> ninguna           |

¿Cuál es la discapacidad física y/o mental o problema de salud que le impide usar los autobuses urbanos?

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

¿Las afecciones anteriores cambian día a día y afectan su capacidad para usar los autobuses urbanos? SÍ NO A VECES En caso afirmativo, explique:

---

---

Si se trata de una discapacidad o un problema de salud temporal, ¿cuánto tiempo cree que le impedirá usar los autobuses urbanos? \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ meses Si se determina que cumple con los requisitos al completar este formulario, recibirá la autorización para usar el servicio de transporte para discapacitados por un espacio de tiempo adecuado.

¿Utiliza algunos de los medios auxiliares o dispositivos de movilidad que se enumeran a continuación? (marque todas las opciones que correspondan)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> bastón blanco                | <input type="checkbox"/> prótesis  |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica    | <input type="checkbox"/> animal de servicio                                |
| <input type="checkbox"/> bastón                       | <input type="checkbox"/> oxígeno portátil                                  |
| <input type="checkbox"/> silla motorizada de 3 ruedas | <input type="checkbox"/> tablero de comunicación                           |
| <input type="checkbox"/> muletas                      | <input type="checkbox"/> No uso ninguno de estos dispositivos de movilidad |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas manual       | <input type="checkbox"/> otro (especifique)                                |
| <input type="checkbox"/> aparato(s) ortopédico(s)     |  |
| <input type="checkbox"/> andador                      |  |
- 

NOTA: Es posible que DART no pueda transportar un dispositivo de movilidad que exceda los parámetros de la «silla de ruedas común» según lo establecido en las reglamentaciones de la ADA, incluido un dispositivo de movilidad que (1) mida más de 48 pulgadas (120 cm) de longitud, mida 2 pulgadas (5 cm) por encima del suelo, (2) mida más de 30 pulgadas (75 cm) de ancho o (3) pese más de 600 libras (270 kg) al ocuparlo. (49 C.F.R., sección 37.3 (2001).)

¿Alguna vez necesita trasladarse con alguien más para ayudarlo cuando usa los servicios de autobuses urbanos o de transporte para discapacitados (asistente personal)?

- |                                      |                             |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí, a veces | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sí, siempre |                             |

**Habilidades para usar el servicio de autobuses urbanos** (marque todas las opciones que correspondan)

Todos los autobuses urbanos tienen elevador y/o rampa.

¿Qué es lo que mejor describe su habilidad para usar los autobuses urbanos? (marque todas las opciones que correspondan)

- Puedo ir de una parada de autobús a la otra si la distancia no es demasiado grande.
- Tengo una discapacidad o un problema de salud que me impide viajar en autobuses urbanos si hace demasiado frío o demasiado calor.  
Temperatura alta máxima \_\_\_\_\_ Temperatura baja máxima \_\_\_\_\_
- Tengo una discapacidad o un problema de salud que hace que sea difícil o imposible viajar en caso de nevada o helada.
- Necesito un ascensor o una rampa para subir y bajar de los autobuses urbanos.
- Puedo ir de una parada de autobús a la otra solo si hay rampas y aceras niveladas.
- Tengo dificultades para comprender o recordar todas las cosas que tendré que hacer para utilizar los autobuses urbanos.
- Puedo usar autobuses urbanos si es un lugar al que voy todo el tiempo.
- No estoy seguro de si puedo usar autobuses urbanos.
- No puedo usar autobuses urbanos por otros motivos. Explique:

---

---

**Información adicional sobre sus habilidades**

Sin la ayuda de otra persona, ¿puede hacer lo siguiente?

1. ¿Solicitar y entender instrucciones escritas o habladas?
  - Siempre
  - A veces
  - Nunca
  - No estoy seguro
2. ¿Cruzar la calle?
  - Siempre
  - A veces
  - Nunca
  - No estoy seguro
3. ¿Esperar 15 minutos en una parada de autobús que no tenga banco?
  - Siempre
  - A veces

- Nunca
  - No estoy seguro
4. ¿Podría esperar 15 minutos o más si hubiera un asiento, banco o refugio disponible?
- Siempre
  - A veces
  - Nunca
  - No estoy seguro
5. ¿Subir y bajar a una acera desde una rampa?
- Siempre
  - A veces
  - Nunca
  - No estoy seguro
6. ¿Llegar a una parada de autobús si alguien le indica el camino?
- Siempre
  - A veces
  - Nunca
  - No estoy seguro
7. ¿Hacer un viaje que requiera el uso de dos autobuses urbanos y el traspaso de una ruta a otra?
- Siempre
  - A veces
  - Nunca
  - No estoy seguro

En las mejores condiciones, ¿qué es lo más lejos que puede caminar (o viajar utilizando su dispositivo de movilidad) sin la ayuda de otra persona?

- Menos de 1 cuadra
- 1 cuadra
- 2 cuadras
- 4 cuadras
- 6 cuadras
- Más de 6 cuadras
- No puedo viajar solo al aire libre en absoluto
- No estoy seguro de lo lejos que puedo viajar

Si se ofreciera entrenamiento para usar autobuses urbanos, ¿participaría?

- Sí
- No

¿Hay algo que desee agregar acerca de su discapacidad o problema de salud que pueda ayudarnos a comprender mejor sus capacidades y limitaciones para viajar?

---

---

¿A dónde va y cómo suele llegar? ¿A qué distancia de su casa se encuentra la parada de autobús? \_\_\_\_\_

Nombre hasta tres lugares a los que concurre con más frecuencia y en qué se traslada hasta allí

1. ¿Adónde va? \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va a ese lugar?

\_\_\_\_\_

¿Cómo se traslada hasta allí hasta ahora?

\_\_\_\_\_

¿A qué distancia se encuentra la parada de autobús de este destino?

\_\_\_\_\_

2. ¿Adónde va? \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va a ese lugar?

\_\_\_\_\_

¿Cómo se traslada hasta allí hasta ahora?

\_\_\_\_\_

¿A qué distancia se encuentra la parada de autobús de este destino?

\_\_\_\_\_

3. ¿Adónde va? \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia va a ese lugar?

\_\_\_\_\_

¿Cómo se traslada hasta allí hasta ahora?

\_\_\_\_\_

¿A qué distancia se encuentra la parada de autobús de este destino?

\_\_\_\_\_

¿Actualmente usa autobuses urbanos?

- No
- Sí

○ ¿Qué rutas toma? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que utilizó autobuses urbanos? \_\_\_\_\_

Si solía usar autobuses urbanos, pero dejó de usarlos, explique por qué:

\_\_\_\_\_

Nombre y número de teléfono de un amigo o familiar al que podamos llamar en caso de que no podamos comunicarnos con usted en su número habitual:

Nombre \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

**Información Adicional:** Para evaluar su solicitud de admisibilidad, es posible que debamos contactar a un profesional que esté familiarizado con su problema de salud o discapacidad, y sus capacidades y limitaciones funcionales. Indique uno o dos profesionales con los que podamos comunicarnos si necesitamos información adicional. Entre los profesionales calificados se incluyen:

- Administrador de casos
- Oftalmólogo
- Psiquiatra
- Especialista en vida independiente
- Instructor de orientación y movilidad
- Psicólogo
- Trabajador social con licencia
- Fisioterapeuta
- Enfermera registrada
- Profesional de salud mental
- Médico (M.D. o D.O.)
- Especialista en rehabilitación
- Terapeuta ocupacional

1. Nombre del profesional calificado \_\_\_\_\_

Tipo de profesional \_\_\_\_\_

Agencia del profesional \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

2. Nombre del profesional calificado \_\_\_\_\_  
Tipo de profesional \_\_\_\_\_  
Agencia del profesional \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Número de teléfono \_\_\_\_\_

### **Autorización para la divulgación de información**

Por la presente, autorizo al profesional mencionado anteriormente a proporcionar información sobre mi discapacidad y capacidad para utilizar el servicio de autobuses. Entiendo que esta información se utilizará únicamente con el propósito de determinar si reúno los requisitos para acceder al servicio de transporte para discapacitados, y que toda la información médica sobre mi discapacidad se tratará de manera confidencial. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Firma del solicitante o parte responsable)

(Esta autorización para la divulgación de información es válida por un año a partir de la fecha de la firma).

### **Firma**

Entiendo que el propósito de este formulario es determinar si reúno los requisitos para usar los servicios de transporte para discapacitados. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y correcta. Entiendo que la falsificación de información podría ocasionar la pérdida de los servicios de transporte para discapacitados y una multa en virtud de la ley. Acepto notificar a DART si ya no necesito usar los servicios de transporte para discapacitados.

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Firma del solicitante o parte responsable)

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Firma de la persona que completa la solicitud si no es el solicitante)

¿Cómo le gustaría recibir material escrito en el futuro? (marque una opción)

- Impresión regular
- Letra grande
- Cinta de audio
- Braille
- Disco de computadora

**DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA A:**

DART - Transporte para discapacitados  
1100 DART Way  
Des Moines, IA 50309-4530