

**SOLICITUD PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS  
PARA TRÁNSITO SEGÚN A.D.A.**

**Servicio Lift Topeka Metro**  
**820 SE Quincy St., Topeka, KS 66612-1114**  
**785-783-7000 (teléfono) o 785-354-8476 (fax)**

**Parte 1. Todas las preguntas deben ser respondidas por el solicitante (solamente un solicitante por formulario. Los formularios incompletos se regresarán. Por favor, escriba a máquina o con letra de molde- use una hoja por separado si lo necesita.**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

(La dirección es:  Residencia grupal  Apartamento con asistencia  Centro de cuidados de enfermería  (Otro) \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ No. teléfono trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Circule uno: Solicitud original  o Recertificación de solicitud

Número de Identificación (si es recertificación): \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

1. Por favor describa su discapacidad actual: **(Sea específico y enumere todas las discapacidades aplicables que afectan su movilidad):**

---



---



---

2. ¿Cómo esta discapacidad le impide utilizar el sistema de ruta fija? **Por favor tome en cuenta que todos los autobuses de ruta fija tienen acceso para silla de ruedas.**

---



---



---

3. Su discapacidad o condición médica es:  Permanente  Temporal  
 Si es temporal, ¿cuánto se espera que dure? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

4. Si su discapacidad o condición médica cambia día a día, por favor, explique cómo:

---



---



---

5. ¿Su discapacidad le impide llegar a y/o regresar de una parada de autobús de una ruta fija?  Si  No

6. ¿Qué tan lejos puede trasladarse con equipo de movilidad? \_\_\_\_\_ (cuadras)  
 ¿Cuadras caminando? \_\_\_\_\_ (cuadras)

7. Los cambios de clima le impiden llegar a o regresar de una parada de autobús?  Si  No  
 Si la respuesta es sí, enumere las condiciones climáticas y su impacto en su movilidad: \_\_\_\_\_

---



---



---

8. Si hay una barrera física que, combinado con su discapacidad, le podría impedir trasladarse de o hacia la parada de autobús más cercana a usted, por favor enumérelas: (*Ejemplos: no aceras, no rampas en las aceras, hielo, nieve, no cruces peatonales/semáforos, escalones*)

---

9. ¿Se le dificulta trasladarse a o de un lugar de abordaje por alguna de las siguientes razones?  
(*Marque todas las que aplican*):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incapacidad para desplazarse en terrenos inclinados | <input type="checkbox"/> Sensibilidad extrema a condiciones climáticas      |
| <input type="checkbox"/> Alergias/sensibilidad a factores ambientales        | <input type="checkbox"/> Hiper fatiga o fragilidad                          |
| <input type="checkbox"/> Ceguera nocturna                                    | <input type="checkbox"/> Incapacidad para cruzar intersecciones transitadas |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique): _____                    |   |

10. ¿Puede esperar diez (10) minutos solo (a) en una parada de autobús?  Si  No

11. ¿Puede subir tres (3) escalones para abordar un autobús?  Si  No

12. ¿Puede abordar un autobús que se inclina (“arrodiña”) para reducir la altura del primer escalón?  
 Si  No \_\_\_\_\_

13. ¿Puede transferirse de un autobús a otro?  Si  No

14. ¿Puede seguir instrucciones por escrito?  Si  No    ¿Instrucciones orales?  Si  No

15. ¿Puede utilizar un teléfono o TDD para hacer llamadas?  Si  No

16. ¿Puede identificar el autobús que necesita?  Si  No

17. ¿Puede detectar bordillos, rampas en los bordillos y aceras, etc.?  Si  No

18. ¿Ha sido declarado ciego legalmente?  Si  No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es su agudeza visual? \_\_\_\_\_ ojo derecho                  \_\_\_\_\_ ojo izquierdo

19. Por favor, marque todos los dispositivos de movilidad a continuación que usted pudiera utilizar. **Circule su equipo de movilidad principal.**

- |   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Silla motorizada  | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Bastón de apoyo        | <input type="checkbox"/> Bastón blanco             | <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno | <input type="checkbox"/> Muletas |

Ambulatorio, pero debe usar un ascensor/rampa para abordar un vehículo  No utilizo ningún equipo de movilidad de ninguna clase

Animal de servicio/guía – tareas para cual está entrenado: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

20. Si utiliza una silla de ruedas o silla motorizada, por favor enumere el fabricante, modelo y número de ruedas:

---

21. Si utiliza una silla de ruedas o silla motorizada, cuáles son las dimensiones físicas cuando lo mide 2 pulgadas sobre el suelo, incluyendo extensiones para los pies o la cabeza (en pulgadas)?

\_\_\_\_\_ ancho                  \_\_\_\_\_ altura                  \_\_\_\_\_ longitud                  \_\_\_\_\_ peso

22. ¿Requiere un Asistente de Cuidado Personal (ACP) cuando viaja? *Nota: Un ACP es alguien designado o empleado por una persona para proporcionar asistencia personal; no es compañía o escolta.*

Si  No  Algunas veces

23. ¿Requiere una modificación razonable para poder utilizar los servicios de Topeka Metro? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No  
 Si la respuesta es sí, ¿qué modificación solicitó? \_\_\_\_\_
24. ¿Viaja actualmente en el sistema de ruta fija? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No     Si la respuesta es sí, ¿qué tan frecuente?  
 \_\_\_\_\_ por semana.
25. ¿Ha viajado en el sistema de ruta fija en el pasado? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No
26. ¿Le gustaría recibir información acerca del sistema de ruta fija? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Proporcione un nombre y número de teléfono de un familiar o amigo en caso no podamos contactarlo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (trabajar) \_\_\_\_\_ (celular)

Por este medio certifico, según mi leal saber y entender, que la información que he proporcionado en este formulario es correcta y verdadera. La falsificación de información está prohibida y pudiera resultar en una suspensión permanente de elegibilidad para Lift. Además, estoy de acuerdo con notificar a Topeka Metro de cualquier cambio en mi estatus que pudiera afectar mi elegibilidad para usar este servicio. También entiendo que el incumplimiento a adherirme a las políticas y procedimientos identificados en la Guía del Usuario de Lift será una razón para revocar mi derecho a participar en el programa Lift. Por este medio, autorizo a mi agencia representante o profesional (es) de cuidado médico para que proporcione cualquier información adicional al personal de Topeka Metro conforme sea necesario o solicitado.

Firma de solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

La seguridad del solicitante es una prioridad para Topeka Metro. La Oficina de Manejo de Emergencias del Condado de Shawnee tiene una base de datos con los nombres de las personas, dirección y números de teléfono de quienes pudieran requerir asistencia durante o después de una situación de desastre en nuestro condado. Al firmar esta sección, usted da permiso a Topeka Metro para proporcionar esta información a la Oficina de Manejo de Emergencias del Condado de Shawnee. Los datos se guardarán en un disco duro seguro de la Oficina de Manejo de Emergencias del Condado de Shawnee.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si usted no es el/la solicitante pero ha completado este formulario en nombre del solicitante, debe proporcionar la siguiente información (por favor escriba a máquina o con letra de molde):

Su nombre y dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de día: \_\_\_\_\_ Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico, según mi leal saber y entender, que la información anterior es verdadera y correcta.

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

**PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE LIFT ÚNICAMENTE**      New Application      Re-certification

*Date Received:* \_\_\_\_\_ *Determination:* Full   Conditional   Temporary   Denied

*Terms for conditional approval:* \_\_\_\_\_

*Within ¾ Corridor?* \_\_\_\_\_ *Within City Limits?* \_\_\_\_\_

*I.D. #:* \_\_\_\_\_

*Date Issued:* \_\_\_\_\_ *Expiration Date:* \_\_\_\_\_

*Eligibility Code:* yes   no   sometimes

*Special Instructions/Reasonable Modifications:* \_\_\_\_\_

## **Parte 2 – Solicitud de una Certificación Profesional ADA**

**(Todas las preguntas deben ser respondidas por un médico, profesional del cuidado de la salud o agencia representativa.)**

El solicitante mencionado en la Parte I le solicita que proporcione información con respecto a su habilidad de utilizar el servicio público de tránsito. Topeka Metro proporcionará servicios de paratránsito de origen a destino a personas que, debido a una discapacidad, no pueden utilizar el sistema de autobuses de ruta fija de la ciudad. (**Tenga en cuenta que todos los autobuses de ruta fija de la ciudad son vehículos de piso bajo, equipados con rampas para sillas de ruedas y dispositivos de sujeción para personas que usan silla de ruedas o no pueden subir escaleras.**). La información que usted proporcione nos permitirá evaluar la solicitud y brindar el servicio a las personas que califiquen, de acuerdo con las regulaciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA por sus siglas en inglés).

Una simple dificultad, aprehensión o inconveniencia para utilizar el sistema de ruta fija no hace a una persona elegible para el servicio de paratránsito (Ejemplos: Una persona que prefiere no utilizar la ruta fija debido al clima desfavorable **no** es elegible según ADA, al menos que el clima, en combinación con su discapacidad, le impida trasladarse hacia o desde una parada de autobús. Una persona con una discapacidad que deba hacer un esfuerzo muy grande para utilizar el sistema de ruta fija **no** es elegible según ADA al menos que dicho esfuerzo exceda las limitaciones impuestas por su discapacidad).

Capacidad en la cual usted conoce al solicitante: \_\_\_\_\_

Por favor identifique la incapacidad del solicitante y describa el impacto o limitación a su movilidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Esta condición es temporal?     Si     No    Si sí, duración esperada \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Si el solicitante tiene un impedimento visual, por favor identifique la medida del impedimento y describa cómo este le impide utilizar el sistema de ruta fija: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si el solicitante tiene una discapacidad cognitiva, por favor identifique la medida del impedimento y describa cómo este le impide utilizar el sistema de ruta fija:  
\_\_\_\_\_

En su opinión profesional, ¿esta persona **no puede** utilizar el servicio de autobús de ruta fija?     Si     No

Por este medio, certifico que la información anterior es verdadera. Entiendo que la certificación falsa puede ser reportada a la entidad o autoridad certificadora.

Firma (o sello) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

No. Teléfono de dia: \_\_\_\_\_ Licencia # \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_