



Centro de atención telefónica de MetroWest

15 Blandin Ave, Framingham, MA 01702

Telf. (508) 820 4650 • Fax (508) 935 2940 • www.mwrta.com

Parte B:

**Para ser llenada por un médico u otro
profesional de atención médica autorizado**

Estimado profesional de atención médica autorizado:

Su paciente o cliente le ha solicitado que proporcione información a la Autoridad de Tránsito Regional de MetroWest (MetroWest Regional Transit Authority, MWRTA) con respecto a la discapacidad que este paciente tiene y el impacto que esta discapacidad tiene para poder utilizar nuestros servicios de transporte. La ley federal exige que la MWRTA brinde servicios de paratransito a las personas que no pueden usar nuestro servicio de autobuses de ruta fija de forma independiente.

Tenga en cuenta que la ley es bastante estricta al definir quién califica para este tipo de servicio especializado. Una persona debe tener una limitación funcional física o mental real que le impida usar de manera independiente el transporte público de ruta fija disponible.

El diagnóstico de una enfermedad o afección potencialmente limitante no es suficiente.

La información que nos proporcione describiendo las capacidades físicas o mentales de esta persona nos permitirá realizar una evaluación adecuada de acuerdo con los requisitos de la ley y los mejores intereses del solicitante. **Sea lo más específico posible al describir la discapacidad, así como las limitaciones que se derivan de esa discapacidad.**

TODA la información de este formulario se utilizará únicamente con el fin de evaluar la elegibilidad.

Devuelva este formulario, junto con la solicitud, lo más pronto posible a la siguiente dirección:

**The MetroWest RIDE, 15 Blandin Ave, Framingham, MA 01702, Attention (A la atención de):
Director de la ADA.**

No se puede completar la tramitación de la solicitud de esta persona hasta que no recibamos esta información de su parte. *Gracias por su atención.*

Escriba en letra imprenta.

Su nombre: _____

Dirección de oficina: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono de oficina: () _____

Nombre del paciente/cliente (letra imprenta): _____

Paciente bajo atención médica desde: _____

Fecha de la última evaluación del paciente: _____

1. ¿Cuál es la discapacidad o condición de salud que le impide al solicitante usar el servicio de ruta fija de autobús? Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Diabetes ☐ Enfermedad renal en etapa terminal ☐ Diálisis – ☐ Sí ☐ No
- ☐ Bajo tratamiento contra el cáncer – duración prevista: _____
- ☐ Parálisis
- ☐ Artritis / osteoartritis grave
- ☐ Deterioro cardíaco o respiratorio grave que afecta la fuerza o la resistencia
- ☐ Condición neurológica – Tipo: _____ ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Profunda
- ☐ Enfermedad mental - ☐ Ansiedad ☐ Bipolar ☐ Depresión ☐ Otra _____
- ☐ Discapacidad del desarrollo – Tipo: _____ ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Grave ☐ Profunda
- ☐ Alzheimer
- ☐ Demencia
- ☐ Discapacidad visual
- ☐ Pérdida auditiva acompañada de incapacidad para comprender lo que se dice con o sin dispositivos auditivos.
- **Otra: sea específico(a)** _____

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.

2. En las mejores condiciones, ¿qué tan lejos puede caminar o viajar con su dispositivo de ayuda para desplazarse, sin la ayuda de otra persona?

- ☐ Menos de 1 cuadra ☐ 2 cuadras (1/4 de milla) ☐ 6 cuadras (3/4 de milla)
- ☐ 1 cuadra ☐ 4 cuadras (1/2 milla) ☐ más de 6 cuadras
- ☐ No puedo viajar solo(a) en lo absoluto

3. Sin la ayuda de otra persona, ¿el solicitante puede hacer lo siguiente?:

Solicitar y entender instrucciones orales o escritas

- ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Cruzar calles e intersecciones

- ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Estar de pie durante diez (10) minutos si no hay dónde sentarse

- ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Subir y bajar de una acera desde el borde de la acera

- ☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.

Saber cómo ir a la parada de autobús por su cuenta si alguien le muestra el camino una vez

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Subir y bajar tres (3) escalones si hay pasamanos

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Transferirse de un vehículo de ruta fija a otro

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

Manejar situaciones inesperadas como: ruidos fuertes en el autobús, retrasos o si un vehículo se avería mientras está a bordo

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ No estoy seguro(a)

Explique: _____

4. ¿La discapacidad del solicitante es temporal?

☐ Sí fecha de término aproximada: _____

☐ No ☐ No estoy seguro(a)

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.

5. ¿El solicitante necesita un acompañante o asistente cuando viaja? Es decir, asistente de cuidado personal (PCA) (*los pasajeros deben contar con su propio PCA*)

☐ Sí ☐ No ☐ A veces

6. ¿El solicitante utiliza algún dispositivo de asistencia para desplazarse?

☐ Sí ☐ No

De ser afirmativo, especifique: _____

7. Si este solicitante tiene una discapacidad visual, complete lo siguiente:

Agudeza visual con la mejor corrección:

Ojo derecho_____ Ojo izquierdo_____ Ambos ojos_____

Campos visuales:

Ojo derecho_____ Ojo izquierdo_____ Ambos ojos_____

¿La persona puede leer carteles informativos? O Sí O No

¿La persona puede orientarse de forma independiente a pesar de su discapacidad visual? O Sí O No

De ser negativo, explique:

8. Describa claramente cualquier otra limitación funcional que afecte la movilidad de esta persona que no se haya indicado anteriormente.

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.

Firma _____ **Fecha** _____

No. de Licencia de MA _____

Fin de la Parte B

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.

Anteriormente, los consumidores han solicitado documentos que se consideran vitales en el Programa del Título VI. Actualmente tenemos los documentos vitales disponibles en español y portugués. Si necesita información en otro idioma, comuníquese con MWRTA al (508) 935-2222.

Español: Si necesita información en otro idioma, comuníquese con MWRTA al (508) 935-2222.

Portugués Se as informações forem necessárias em outro idioma, entre em contato com MWRTA em (508) 935-2222.

Ruso: Если необходима информация на другом языке, свяжитесь с MWRTA по телефону (508) 935-2222.

Polaco: Jeśli potrzebne są informacje w innym języku, prosimy o kontakt z MWRTA pod numerem (508) 935-2222.

Chino mandarín: 如果需要其他语言的信息，请致电（508）935-2222与MWRTA联系。

Rúguǒ xūyào qítā yǔyán de xìnxī, qǐng zhìdiàn (508)935-2222 yǔ MWRTA liánxì.

La solicitud se devolverá si no se llenan todas las secciones.