

**Formulario de Solicitud de Transporte Adaptado Para
Personas con Incapacidades en Massachusetts**

Tenga en cuenta que toda la información proporcionada en esta solicitud será tratada como confidencial y compartida únicamente con los profesionales responsables de la prestación del servicio de transporte adaptado, y solo cuando sea necesario.

**ESTA SOLICITUD SERÁ ACEPTADA EN LAS AUTORIDADES REGIONALES DE TRANSPORTE
INDICADAS EN EL ANEXO A**

A. Datos personales			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:		Nombre preferido:	
B. Dirección de Domicilio Actual (incluya edificio, apartamento o número de habitación):			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
¿Es esta residencia?:			
☐ Casa unifamiliar		☐ Casa multifamiliar	
☐ Edificio de apartamentos o complejo residencial		Nombre:	
☐ Residencia de mayores o centro asistencial		Nombre:	
☐ Universidad o centro educativo		Nombre:	
Otro:			
¿Es una residencia temporal? ☐ Sí ☐ No			
C. Dirección postal (si es distinta de la residencia)			
Calle y número (incluya información del edificio, apartamento o habitación):			
☐ (marque aquí si es igual que la anterior)			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
D. Información de contacto			
Teléfono principal:		Teléfono alternativo:	
Dirección de correo electrónico: (opcional)			
Método de comunicación preferido:			
☐ Teléfono	☐ Correo electrónico	☐ Correo postal	☐ Mensaje de texto (si está disponible en la RTA)
Idioma preferido:			
E. Contacto de emergencia			
Apellido:		Nombre:	
Relación:	Organización (si corresponde):		
Teléfono principal:	Teléfono alternativo:		

F. Si alguien le ayudó a completar este formulario, por favor proporcione la siguiente información:

Apellido:		Nombre:
Relación:	Agencia (si corresponde):	
Teléfono principal:	Teléfono alternativo:	
¿Podemos contactar a esta persona si tenemos preguntas sobre su solicitud?		☐ Sí ☐ No

G. Información general sobre su discapacidad

Por favor, indique abajo si necesita información sobre el servicio ADA en alguno de los siguientes formatos accesibles:

☐ Letra grande	☐ Audio	☐ Braille	☐ Correo electrónico	Otro:
¿Está certificado/a para servicios de transporte paratransit ADA por otro proveedor o agencia de transporte?				
☐ Sí ☐ No				

Si la respuesta es sí: Nombre del proveedor de servicios:	Es tado:
---	----------

Por favor, indique las condiciones médicas que le impiden utilizar el servicio regular de autobús:

Explique cómo su diagnóstico le impide usar el servicio regular de autobús de manera independiente:

¿La discapacidad o condición de salud que describe es:

☐ Permanente	Si es permanente, ¿se espera que su capacidad cambie?	☐ Sí ☐ No
☐ Temporal	Si es temporal, ¿cuánto tiempo se estima que durará?	
☐ No está seguro/a		

¿Su condición de salud o discapacidad varía de un día a otro de manera que afecte su capacidad para utilizar el autobús de ruta fija? ☐ Si ☐ No ☐ A veces

Si ha respondido "Sí" o "A veces", por favor explíquelo:

¿Hay ocasiones en las que alguien le acompaña cuando viaja?

☐ Sí ☐ No ☐ A veces

¿Utilizas alguno de los siguientes dispositivos cuando viajas?			
☐	Silla de ruedas manual*	☐	Silla de ruedas eléctrica*
☐	Escúter*	☐	Andador
☐	Bastón	☐	Bastón largo y blanco
☐	Oxígeno	☐	Dispositivo de comunicación
☐	Muletas	☐	Animal de asistencia
☐	Respirador	☐	Otro:
*El término "silla de ruedas" abarca cualquier dispositivo con tres o más ruedas que pueda usarse en interiores. Podemos acomodar una silla de ruedas siempre que (1) el ascensor y el vehículo tengan capacidad física y (2) cumpla los requisitos de seguridad pertinentes. Los requisitos legítimos de seguridad incluyen, entre otros, situaciones como que la silla de ruedas sea tan grande que bloquee el pasillo o impida la evacuación segura de los pasajeros en caso de emergencia, y/o supere el peso permitido cuando está ocupada según las especificaciones del vehículo.			
H. Experiencia con el servicio de autobús de ruta fija			
¿Has viajado alguna vez en el autobús de ruta fija?			
☐	Sí ¿Con qué frecuencia y a qué destinos?		
☐	Si no utilizas el servicio actualmente, ¿por qué motivo?		
¿Puede subir y bajar físicamente de un autobús de ruta fija? Todos los vehículos de RTA cuentan con elevadores, rampas o la opción de arrodillarse y son accesibles. Si No			
I. Capacidad funcional			
¿Puedes encontrar la parada de autobús público si alguien te la muestra una vez?			
¿Hasta qué distancia puede caminar con seguridad (utilizando una ayuda para la movilidad si lo necesita)?			Pies Manzana
¿Puede subir o bajar una pendiente suave?			Sí No A veces
¿Puede ver o percibir bordillos, rampas y otras zonas de desnivel?			Sí No A veces
¿Cuánto tiempo puede permanecer de pie esperando en una parada de autobús de ruta fija?			_____ minutos
¿Es capaz de identificar y solicitar paradas cuando viaja en el autobús?			Si No
Algunos operadores ofrecen formación en viajes, un servicio gratuito que enseña a usar el autobús de ruta fija. Si está disponible en tu zona, ¿te gustaría recibir más información?			Sí No A veces
Si ha marcado "No" o "A veces", indique el motivo:			
¿Puede pedir, comprender y seguir indicaciones para viajar?			Sí No A veces
Si ha marcado "No" o "A veces", por favor e			

J. Barreras

¿Qué obstáculos ambientales hacen que te resulte difícil usar el servicio de autobús de ruta fija?

☐ Falta de rebajes en las aceras o rampas	☐ Cuestas empinadas	☐ Ausencia de aceras
☐ Calle muy transitada que debo cruzar	☐ Sin semáforo ni indicador sonoro en el paso de peatones	☐ Aceras en mal estado
☐ Nieve/hielo en el suelo	☐ Otro (describa):	

Explique por qué las condiciones que ha indicado le dificultan el acceso:

K. Reconocimiento del solicitante

Al firmar a continuación, usted declara que la información proporcionada en esta solicitud es veraz según su leal saber y entender.

Firma del solicitante:

Fecha:

Si el solicitante no puede firmar, deberá firmar su representante legal:

Firma del representante legal:

Fecha:

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Para que la RTA evalúe su solicitud, será necesario contactar con un profesional médico o clínico para confirmar la información proporcionada. Por favor, complete el siguiente formulario con la información y la autorización requeridas.

El siguiente profesional sanitario titulado conoce mi discapacidad y está autorizado a facilitar a la RTA toda la información necesaria para completar esta certificación.

Datos del profesional titulado			
Nombre:		Organismo/Centro:	
Dirección postal:			
Ciudad:		Provincia:	Código Postal:
Certificación Profesional:			
☐	Médico	☐	Enfermero/a Especialista
☐	Psiquiatra	☐	Trabajador/a Social Titulado/a
☐	Terapeuta ocupacional	☐	Fisioterapeuta
☐	Otro:	☐	Asistente Médico
☐		☐	Neurólogo
☐		☐	Asistente Médico
Autorizo al profesional mencionado anteriormente a facilitar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad para el servicio de transporte adaptado a: <i>(Indique el nombre de la RTA)</i>			
Firma del solicitante:			Fecha:
Nombre en letra de imprenta:			