



DIAL-A-RIDE

Solicitud sobre el Criterio de Selección

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por Road **RUNNER** Transit (Servicio de Transporte) de la Ciudad de Las Cruces, para proveer el servicio de transporte Dial-A-Ride. La información solo será compartida con los proveedores de transporte para facilitar el viaje en esas áreas pero no se le proporcionará a ninguna otra persona o agencia

1. Nombre: _____

2. Dirección: _____

_____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. Número de Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____

4. Fecha de Nacimiento: ____/____/____

5. **¿Cuál es su discapacidad/impedimento físico, el cual no le permite utilizar la ruta fija de transporte?**

¿Su condición es temporal? Si No

Si la respuesta es sí, fecha de duración hasta: ____/____/____

6. **¿Cómo esta discapacidad/Impedimento físico no le permite utilizar la ruta fija de transporte? Por favor explique en detalle. (Agregue una hoja si es necesario).** _____

7. **¿Hay alguna otra consecuencia/efecto de su discapacidad que nosotros necesitemos saber?** _____

La siguiente información será utilizada para asegurarnos que se utilice el vehículo apropiado para proveerle transportación, y para que Dial-A-Ride haga un análisis exacto de su petición para transporte.

8. ¿Utiliza usted alguno de los siguientes aparatos de ayuda para moverse? (Marque todo lo que aplique)

___ Silla de Ruedas () Manual () Eléctrica ___ Silla/ Patineta Eléctrica con llantas ___ Bastón

___ Ayudante de Asistencia Personal ___ Muletas ___ Perro Guía ___ Otro: _____

9. ¿Requiere usted que su Ayudante de Asistencia Personal viaje con usted cuando utilice este medio de transporte?

___ Si ___ No

10. Por favor conteste las siguientes preguntas:

a. ¿Puede usted desplazarse/caminar 200 pies sin la ayuda de otra persona?

Si ___ No ___ A veces _____

b. ¿Puede usted desplazarse/caminar ¼ de milla sin la ayuda de otra persona?

Si ___ No ___ A veces _____

c. ¿Puede usted subir 3 escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Si ___ No ___ A veces _____

d. ¿Puede usted esperar afuera sin ayuda durante 10 minutos?

Si ___ No ___ A veces _____

11. Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

12. Si la solicitud ha sido llenada por alguien que no es la persona que está pidiendo la certificación, dicha persona debe de llenar lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono (Día): _____

Firmado: _____ Fecha: ____/____/____

Para permitirle al Coordinador de Dial-A-Ride que evalúe su petición, podría ser necesario que se comunique con un médico o con otro profesional para confirmar la información que usted ha proporcionado. Por favor llene la siguiente información.

Médico_____ Profesional de Atención de Salud_____ Rehabilitación o Agencia Profesional de Servicios Sociales_____(marque uno) está informado de mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información a Dial-A-Ride para concluir esta certificación.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Esta solicitud está disponible en diferente formato si lo solicita
(575) 541-2777/ Voz

MANDE LA SOLICITUD COMPLETA A:

**ROADRUNNER TRANSIT
DIAL-A-RIDE COORDINATOR
P. O. BOX 20000
LAS CRUCES, NM 88004**

**☎ PREGUNTAS DIRECTAS:
(575) 541-2777**

PETICION PARA VERIFICACION PROFESIONAL

El Formulario de Autorización adjunto ha sido entregado por _____, El cual ha indicado que usted puede proporcionar información en referencia a su discapacidad y la consecuencia para cumplir con los requisitos del uso de servicio de transporte Dial-A-Ride. La ley Federal requiere que el Transporte RoadRunner de la Ciudad de Las Cruces proporcione “servicios de transporte individualizados sin rutas, ni horarios fijos” (paratransit) para personas con discapacidades que no puedan utilizar un servicio de transporte regular de rutas fijas. La información que usted proporcione nos ayudará a hacer una evaluación apropiada de esta petición y la solicitud para peticiones de transporte específicas. Gracias por su cooperación.

Como conoce usted al solicitante: _____

Diagnostico medico de la condición que causa la discapacidad: _____

¿Es esta condición temporal? No Si

Si la respuesta es Sí, expectativa de duración, hasta ____/____/____

Si la persona tiene una discapacidad que afecta su movilidad:

Puede la persona:

¿Caminar 200 pies sin asistencia?

Si__ No____ A veces _____

¿Caminar ¼ milla sin asistencia?

Si__ No____ A veces _____

¿Subir tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia?

Si__ No____ A veces _____

¿Esperar afuera sin ayuda por 10 minutos?

Si__ No____ A veces _____

¿Usar algún aparato para ayuda ambulatoria? Si es así, ¿cuál? _____

Si la persona tiene algún impedimento visual:

Agudeza Visual con la mejor corrección: ____ Ojo Derecho ____ Ojo Izquierdo ____ Ambos Ojos

Campo Visual: ____ Ojo Derecho ____ Ojo Izquierdo ____ Ambos Ojos

Si la persona tiene discapacidad cognitiva. Puede la persona:

¿Dar direcciones y números de teléfono cuando se le piden? ____ Si ____ No

¿Reconoce el destino o un punto destacado? ____ Si ____ No

¿Encargarse de situaciones no esperadas, o puede encargarse de un cambio inesperado en la rutina? ____ Si ____ No

¿Pedir, entender, y seguir indicaciones? ____ Si ____ No

¿De manera segura y eficazmente puede viajar/desplazarse en lugares/instalaciones complejas o aglomerados? ____ Si
____ No

¿Hay algún otro resultado de su discapacidad acerca del cual el Departamento de Transporte RoadRunner de la Ciudad de Las Cruces deba de estar informado? Por favor describa: _____

Su Nombre y Ocupacion: _____

Dirección de la Oficina: _____

Numero de Telefono de la Oficina: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____