



## Servicios Especiales de Transportación

### Solicitud para Programas de Movilidad para Personas de Tercera Edad e Individuos con Discapacidades (Incluyendo Servicio de Paratransito Access ADA\)

Omnitrans ofrece una variedad de programas de transportación gratuitos o de bajo costo a **personas de tercera edad (62 años o más) e individuos con discapacidades** que viven en el área de servicio de Omnitrans. La información que usted proporciona será usada para determinar su elegibilidad para programas y será mantenida estrictamente confidencial.

#### Descripción de Programas

- **Entrenamiento de Transito** ofrece entrenamiento individual gratis de como viajar por el sistema de autobús de Omnitrans. Usted aprenderá todo lo que necesita saber de cómo viajar por Omnitrans independientemente.
- **Chofer Voluntario** proporciona a individuos que no pueden viajar por transito público (por una discapacidad) un reembolso de \$0.40/milla para dar a personas que ellos conocen que les ayudan con viajes por auto a citas médicas, supermercado, visitas de familia, etc. Los participantes necesitan una cuenta de banco activa. Se reportan viajes por formulario de papel o sistema en línea.
- El **Programa de Ride** ofrece dos opciones: Taxi y Lyft. Para taxi, se proporciona a los participantes una tarjeta de débito recargable especial, y Omnitrans iguala hasta \$40 de lo que el cliente carga en la tarjeta, una vez por mes. Los participantes den el programa de Lyft son elegibles para comprar códigos de Lyft con valor de \$80 de servicio por un precio reducido de \$40, una vez por mes.
- **Servicio de Paratransito Access ADA** es un servicio de transito público para personas con una discapacidad que no les permite viajar por manera independiente el sistema de autobús de ruta fija de Omnitrans para todos o algunos viajes. Se proporciona servicio de origen-a-destino que complementa el sistema de ruta fina de Omnitrans y está disponible durante el mismo periodo cuando opera el sistema de ruta fija entra 3/4 milla de una ruta de autobús de Omnitrans existente.

#### Por Favor Seleccione El(Los) Programa(s) Al Que Usted Desea Solicitar

Entrenamiento de Transito  
 Chofer Voluntario, seleccione uno:       Formulario de papel       En línea  
 Programa de Ride, seleccione uno:       Taxi       Lyft  
 Servicio de Paratransito Access ADA

#### Como Entregar Su Solicitud

Si el Servicio de Paratransito Access ADA es un selección para su solicitud:	Si usted <b>no</b> ha seleccionado Servicio de Paratransito Access ADA en su solicitud:
Llame al (909) 379-7284 para hacer cita de revisión de elegibilidad en persona con el Equipo de Elegibilidad de ADA de Omnitrans. Usted necesitara traer su solicitud completa a la cita, <u>no</u> la entregue por correo postal, fax, o correo electrónico.	Usted puede entregar la solicitud por correo postal, fax, o correo electrónico a: Omnitrans Special Transportation Services 1700 W. 5 <sup>th</sup> Street San Bernardino, CA 92411 Fax: (909) 981-2299 Correo electrónico: <a href="mailto:ctsa@omnitrans.org">ctsa@omnitrans.org</a>

## GUIA DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIO DE PARATRANSITO ACCESS ADA

### **¿Qué es el Servicio de Paratransito Access ADA?**

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) requiere que las agencias de tránsito que operan un sistema de autobús público de ruta fija también ofrece un sistema de paratransito comparable. El servicio de paratransito permite que los individuos con discapacidades que les impiden viajar por el sistema de autobús regular en manera independiente viajan en los mismos días, durante las mismas horas, y en la misma área general donde opere el autobús. El área de servicio de Access se describe como hasta ¾ milla de una ruta de autobús regular de Omnitrans existente.

### **¿Cómo califica uno para elegibilidad de Access?**

El ADA estrictamente limita la elegibilidad solo para los que tienen limitaciones específicas que les impiden usar sistemas de autobús de tránsito público accesibles. Los tres factores para determinar elegibilidad son la capacidad del individuo de viajar a/de la parada de autobús más cercana independientemente, abordar/bajar del autobús, o la capacidad cognitiva para navegar el sistema de autobús independientemente. Asuntos que por sí mismos no son factores incluyen edad, distancia a la parada de autobús, falta de disponibilidad de servicio de autobús, autobuses congestionados, incapacidad de hablar inglés, o clima.

### **¿Cuál es el proceso para solicitar elegibilidad de Access?**

Usted necesitará completar la solicitud requerida, incluyendo el formulario de Verificación de Profesional Médico. Si usted tiene un impedimento de la visión, necesitará proporcionar una "Declaración de Agudeza de Visión" de su médico. También necesitará una lista actualizada de medicamentos si se aplica. Cuando usted ha completado su solicitud, llame al (909) 379-7284 para hacer una cita de evaluación de elegibilidad en persona en una oficina de Omnitrans.

### **¿Qué sucede durante la revisión de elegibilidad en persona?**

Un Técnico de Elegibilidad revisará su solicitud y le hará preguntas adicionales acerca de su capacidad para usar el sistema de autobús. Se puede requerir que usted participe en una evaluación funcional en la comunidad para que se pueda evaluar mejor sus habilidades, y la evaluación se puede ocurrir al aire libre. Cuando se complete su evaluación funcional, su foto será tomada y usada para su tarjeta de identificación ADA si se determina que usted es elegible para servicio de Access. Prepárese para que el proceso de revisión tome hasta dos horas, mas su tiempo de viajar.

### **Está disponible transportación a/de la evaluación de elegibilidad en persona?**

Si, usted puede solicitar transportación gratuita cuando hace la cita para su evaluación de elegibilidad en persona.

### **¿Cuándo sabré mi elegibilidad para Access?**

Usted recibirá su determinación de elegibilidad escrita entre 21 días después de la fecha que su solicitud está completa, que incluye su evaluación de elegibilidad en persona y la revisión de cualquiera información adicional. Usted puede ser aprobado para elegibilidad completa ("Unconditional"), elegibilidad limitada para condiciones específicas ("Conditional"), o por un periodo temporal ("Temporary"). Los individuos que se determina que tienen la capacidad de utilizar el servicio de autobús regular para todos los viajes no serán aprobados para la elegibilidad de Access.

### **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con mi determinación de elegibilidad?**

Si se determina que usted no es elegible o si usted está insatisfecho con su tipo de elegibilidad, usted puede entregar una petición escrita a Omnitrans para apelarla entre 60 días después de recibir su carta. Usted puede elegir una apelación de Nivel Uno o Nivel Dos. En una apelación de Nivel Uno, un Especialista de Apelaciones que es independiente del Departamento de Elegibilidad revisará la documentación y cualquiera información nueva que usted proporciona y le parece que es relevante. En una apelación de Nivel Dos, usted se puede presentar frente de un Comité de Revisión de Apelaciones para presentar información que usted piensa debe ser considerada. La decisión del comité es final.

## DOCUMENTACION QUE INCLUIR CON SU SOLICITUD

### **Solicitantes de Paratrásito Access ADA**

- Todos los solicitantes de Access necesitan hacer que un profesional médico complete la porción de la solicitud de Verificación de Profesional Médico.
- “Declaración de Agudeza Visual” si usted tiene un impedimento de la visión.
- Lista actualizada de medicamentos.
- Si está renovando su elegibilidad de Access, su tarjeta de identificación actual de ADA.

### **Solicitantes de Entrenamiento de Transito**

- Una fotocopia de su identificación con foto.
- Si tiene menos que 62 años de edad, una de las formas de prueba de discapacidad mencionadas abajo.

### **Solicitantes de Chofer Voluntario**

- Una fotocopia de su identificación con foto.
- Una fotocopia de la Licencia de Conducir de California válida para cada individuo que usted inscribirá como un chofer voluntario.
- Una de las formas de prueba de discapacidad mencionadas abajo (personas de tercera edad sin una discapacidad no pueden solicitar para Chofer Voluntario)
- La porción de la solicitud para Autorización de Depósito Directo (con cheque anulado si está usando una cuenta de cheques)
- Acuerdo para Chofer Voluntario (se requiere uno para cada individuo que usted inscribe como un chofer voluntario).

### **Solicitantes del Programa “Ride”**

- Una fotocopia de su identificación con foto.
- Si tiene menos que 62 años de edad, una de las formas de prueba de discapacidad mencionadas abajo.
- La porción de la solicitud para Autorización de Archivar Tarjeta de Débito/crédito
- *Solo para solicitantes de Taxi, una foto de cara (no tiene que ser foto profesional ni de pasaporte).*

### **Formas Aceptadas de Prueba de Discapacidad para Solicitantes de Entrenamiento de Transito, Chofer Voluntario, y Programa “Ride”**

- Tarjeta de identificación ADA de Omnitrans (si ya está registrado para Access)
- Carta de Concesión o Ajuste de Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI)
- Carta de Concesión o Ajuste de Servicios para Apoyo en el Hogar (IHSS)
- Tarjeta de Medicare (si tiene menos que 62 años de edad)
- Recibo de DMV para cartel de discapacidad
- Identificación de veterano discapacitado
- Carta de discapacidad de la Administración de Veteranos
- Si usted no tiene una de las formas de prueba mencionadas anteriormente, la porción de la solicitud de Verificación de Profesional Médico debe ser completado por un profesional médico.

SOLICITUD DE PROGRAMAS DE MOVILIDAD, INCLUYENDO SERVICIO DE PARTRANSITO ADA

**Sección I: Información de Solicitante (Todos los solicitantes)**

**Información de Contacto**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio \_\_\_\_\_ Apt/Unidad # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección Postal (si diferente que domicilio) \_\_\_\_\_

Apt/Unidad # \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Principal/Preferido (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Mujer  Hombre

Idioma Principal  Inglés  español  Otro \_\_\_\_\_

¿Es usted de tercera edad? (62+ años)  Si  No

¿Tiene usted una discapacidad?  Si, permanente  Si, temporal  No

¿Si tiene una, ha sido verificada por un médico?  Si  No

¿Si contestó si, cuando fue verificada? \_\_\_\_\_

¿Actualmente está usted registrado con un servicio de paratransito ADA u otro servicio de transportación?

Si, Access de Omnitrans  Si, otro servicio de paratransito ADA o de transportación  No

¿Necesidad especial de comunicación o media?  No Aplica  Letra Grande  Braille

Correo Electrónico  TDD/Retransmisión de California  Otro \_\_\_\_\_

¿Ha servido usted en el militar?  Yes  No

¿Si ha servido, tiene una discapacidad relacionada con su servicio?  Si, más que 30%  Si, menos que 30%

No

Nombre de Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Relación con usted \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Aparatos de Movilidad**

¿Utiliza un andador?  No  Plegable  No plegable  Asiento de estilo de cochecito

¿Utiliza una silla de ruedas?  No  Alto  Largo  Ancho  Eléctrico

¿Si usted usa una silla de ruedas manual, puede trasladarse a una silla regular sin ayuda del chofer?

Si  No  No utilizo una silla de rueda manual

¿Utiliza cualquier otro tipo de aparato de movilidad?  No  Scooter eléctrico  Muletas

Bastón/Bastón blanco  Aparato prostético  Aparato ortopédico  Oxigeno  Animal de Servicio

Certificado

Otro \_\_\_\_\_

## Transportación Actual

Por favor marque su respuesta a cada de las preguntas abajo. Si su respuesta es "No" o "A Veces," explíquela donde se indica.

	Si	No	A veces	Explicación de "No" o "A veces."
Usted actualmente utiliza el sistema de autobús regular de Omnitrans?				
Puede usted llegar a la parada de autobús por sí mismo?				
Puede usted abordarse al autobús por sí mismo?				

Por favor de contestar las siguientes preguntas:

¿Si usted no viaja por el sistema de autobús regular de Omnitrans, como viaja actualmente?

- Yo viajo por el sistema de autobús regular    Familia    Amigos    Cuidador    Vecino  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Si usted no viaja por el sistema de autobús regular de Omnitrans, que le impide hacerlo?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es o sería lo más difícil para usted viajar por autobús?

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las rutas de autobús que sirven a su vecindario y son los más cercanos a su hogar? (Por favor proporcione la ubicación).

\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría el área donde usted vive? (colina escarpada, colina gradual, etc.)

\_\_\_\_\_

¿Cuántos escalones hay en la entrada de su vivienda? \_\_\_\_\_

¿Hay una acera en su vivienda?                       Si                       No

¿Hay una rampa en su vivienda?                       Si                       No

¿Vive usted en la planta baja?                       Si                       No

**Sección II: Autorización de Depósito Directo (Solo para Solicitantes de Chofer Voluntario)**

Después de ser aprobado para el programa, se harán los pagos de reembolso por depósito directo a la cuenta de banco del solicitante; reembolso por cheque no está disponible. Por favor proporcione información de una cuenta bancaria valida e incluya un cheque anulado si está usando una cuenta de cheques. La cuenta tiene que ser en el nombre del participante para ser elegible de recibir pagos de reembolso.

Nombre de Banco \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta:     Cheques- Incluya un cheque anulado                       Ahorros

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Numero de Ruta \_\_\_\_\_

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

**Sección III: Autorización de Archivar Tarjeta de Débito/Crédito (Solo Solicitantes del Programa de Taxi y de Lyft)**

Nombre en la Tarjeta \_\_\_\_\_

Número de Tarjeta \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_      Fecha de Vencimiento (MM/AA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Código de Seguridad (numero de 3 o 4 dígitos que normalmente se encuentra en la parte trasera de la tarjeta cercal de la línea de firma) : \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_                       Visa     MasterCard     American Express     Discover

Yo autorizo a Omnitrans cobrar la tarjeta mencionada anteriormente para añadir fondos en mi programa Ride para Taxi o Lyft. Se mantendrá esta tarjeta en los archivos hasta la fecha de vencimiento. Yo puedo remover esta tarjeta de los archivos por notificar a Omnitrans por escrito.

Firma del Participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## **Sección IV: Acuerdo del Solicitante (Todos los Solicitantes)**

### **Si está solicitando para Access ADA de Omnitrans:**

Yo he leído y entendido completamente el proceso de elegibilidad como se describe en el Guía de Elegibilidad de Paratrásito Access de Omnitrans incluido con esta solicitud. Yo estoy de acuerdo de que, si se me certifica para servicio de Access de Omnitrans, yo pagare la tarifa exacta, si se requiere, para cada viaje. Estoy de acuerdo de que yo notificare a la oficina de Elegibilidad de Omnitrans de cualquier cambio de mi situación que puede afectar mi elegibilidad para usar el servicio. También entiendo que el fracaso de cumplir con los procedimientos y las Políticas de Paratrásito Omnitrans será razón para revocar mi elegibilidad y el derecho de participar en el programa. Yo he leído y entiendo completamente las condiciones del servicio como se presentan en las Políticas de Paratrásito Access de Omnitrans y estoy de acuerdo de cumplir con ellos.

### **Si está solicitando para el Programa de Reembolso para Acompañante de Transportación (Chofer Voluntario), Programa Ride de Taxi, o Programa Ride de Lyft:**

Yo reconozco que hacer que otras personas me lleven por auto es una actividad intrínsecamente peligrosa y que la participación en estos programas puede involucrar algún peligro a mi persona o propiedad, o la persona o propiedad de otros.

En consideración de mi participación en los programas, estoy de acuerdo de indemnizar y mantener inofensivo a Omnitrans, sus oficiales, directores, agentes, empleados, y voluntarios, y también cualquiera y todas las organizaciones, agencias, u individuos que proporcionan fondos a o en otra manera apoyan a los programas, de cualquiera y todas las reclamaciones, perdidas, y obligaciones (incluyendo costos y honorarios de abogados) para daño causado a la propiedad de o una lesión o la muerte de mi o de otros por razón de o de una manera conectada a mi participación en los programas.

### **Para Todos Los Solicitantes:**

Yo entiendo y estoy de acuerdo de mantener inofensivo a Access y Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans contra cualquiera reclamación u obligación de daño causado a cualquiera persona, propiedad, o lesión personal como resultado del fracaso de mi parte de proporcionar o mantener la seguridad del equipo adaptivo o animal de servicio que yo requiero para la movilidad. Yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Yo entiendo que la información que estoy proporcionada será mantenida como confidencial, será utilizada solamente para determinar mi elegibilidad inicial y continuada para los programas, y será guardada como parte permanente de mi archivo. Yo autorizo el intercambio de información de verificación y cualquiera información adicional a Omnitrans para el propósito de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de Access y/u otros programas operados por Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans.

Yo estoy de acuerdo de cumplir con todas las políticas de Omnitrans, como me las comunican, incluyendo políticas en los guías de programas, y reconozco que el fracaso por mi parte de cumplir con cualquiera política de un programa puede resultar in la terminación de servicios. Yo entiendo que es la política de Omnitrans investigar cualquier caso de fraude afirmado o supuesto. Una "reclamación fraudulenta" es cometida cuando una representación falsa de un hecho del presente o pasado se hace por un consumidor de Omnitrans, miembro de su familia, o persona no relacionada como su cuidador o chofer voluntario, que resulta en el pago de fondos.

Yo entiendo que Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans a veces puede revisar políticas y formularios utilizados para los programas, y yo estoy de acuerdo de cumplir con la versión más reciente de todos los documentos.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Proporcione la siguiente información si otra persona completo la solicitud para el solicitante:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono Principal (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

**Sección V: Acuerdo para Chofer Voluntario (Solicitantes de Chofer Voluntario Solamente)**

- Se necesita entregar un acuerdo individual para cada chofer voluntario que usted registrara en el programa. Acuérdesse de también incluir una fotocopia de la Licencia de Conducir de California valida de su chofer.

Nombre de Chofer (Primer, MI, Apellido) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Numero Telefónico del Chofer (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

Relación con Solicitante \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Chofer (requerido para usar sistema en línea) \_\_\_\_\_

Como un chofer voluntario registrado en el Programa de Reembolso para Acompañante de Transportación (TREP), yo estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Mantener una Licencia de Conducir de California valida durante mi participación en el programa.
- Notificar a Omnitrans si mi Licencia de Conducir de California se revoca, se suspende, o vence por cualquiera razón.
- Mantener seguro de responsabilidad de auto durante mi participación en el programa que cumple con los requisitos legales en el(los) vehículo(s) yo utilizare para transportar a mis pasajeros.
- Transportar a mis pasajeros en manera seguro, eficiente, y cortes en mi vehículo personal.
- No soy empleado de mi pasajero ni de Omnitrans, y por mi propia voluntad estoy ayudando a mi(s) pasajero(s) como es mutuamente conveniente para nosotros.
- Entiendo que mi pasajero es responsable para entregar el Pedido de Reembolso de Millaje a Omnitrans cada mes cumpliendo con la fecha limite indicada en las políticas del programa. Puedo ayudar a mi pasajero para entregar el pedido a tiempo. No se harán pagos si no se reciben los formularios antes de la fecha limite indicada en las políticas del programa.
- Necesito notificar inmediatamente a Servicios Especiales de Transportación de Omnitrans si mi pasajero no me paga el reembolso de millaje para la ayuda que le proporcione como un voluntario.
- Esto no es un programa gubernamental de ayuda social y se reembolsa solamente cuando hay fondos disponibles. No se harán pagos si no hay fondos disponibles.
- Yo cumpliré con todas las políticas de Omnitrans, como me las comunico, incluyendo políticas en el guía del programa, y yo reconozco que es la política de Omnitrans investigar cualquier caso de fraude afirmado o supuesto. Una “reclamación fraudulenta” es cometida cuando una representación falsa de un hecho del presente o pasado se hace por un consumidor de Omnitrans, miembro de su familia, o persona no relacionada como su cuidador o chofer voluntario, que resulta en el pago de fondos.
- Estoy de acuerdo de indemnizar y mantener inofensivo a Omnitrans, sus oficiales, directores, agentes, empleados, y voluntarios, y también cualquiera y todas las organizaciones, agencies, u individuos que proporcionan fondos a o en otra manera apoyan al Programa de Reembolso para Acompañante de Transportación, de cualquiera y todas las reclamaciones, perdidas, y obligaciones (incluyendo costos y honorarios de abogados) para daño causado a la propiedad de o una lesión o la muerte de mi o de otros por razón de o de una manera conectada a mi participación en este programa como chofer y acompañante voluntario.

Firma del Chofer \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## Sección VI: Verificación de Profesional Medico

- Todos los solicitantes de Paratrásito Access ADA necesitan esta sección completada.
- Para solicitantes de Entrenamiento de Transito, Chofer Voluntario, y Programas "Ride," se necesita esta sección completada si no puede incluir prueba requerida de discapacidad.
- Se necesita ser completada por un profesional médico licenciado calificado. Ejemplos incluyen, pero no son limitados a un médico, psiquiatra, psicólogo, quiropráctico, oftalmólogo, enfermero registrado, o trabajador social.

Nombre de Persona Completando la Verificación \_\_\_\_\_

Título Profesional \_\_\_\_\_ Numero de Licencia \_\_\_\_\_

Agencia/Afiliación \_\_\_\_\_

Dirección de Negocio \_\_\_\_\_

Teléfono de Negocio (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por favor responda a las siguientes preguntas acerca del solicitante. Si se indica, marque "Si," "No," o "A Veces." Proporcione una explicación escrita para cualquiera respuesta de "No" o "A Veces."

### Información de Diagnóstico Medica (complete para todos los clientes)

	Respuesta Escrita/Explicación
Cuál es la diagnóstico medica que causa la discapacidad del cliente?	

	Si	No	A Veces	Respuesta Escrita/Explicación
¿Es la condición temporal? Si es temporal, explique la duración esperada.				
¿Requiere la discapacidad del cliente que viaje con un acompañante?				

### Complete si el cliente tiene un impedimento de la visión

	Respuesta Escrita/Explicación
Cuál es la Agudeza Mejor Corregida del cliente?	Derecha _____ Izquierda _____
Cuál es la restricción del campo visual del cliente?	Derecha _____ Izquierda _____

### Complete si el cliente tiene una discapacidad que afecta su movilidad o si es legalmente ciego.

	Si	No	A Veces	Respuesta Escrita/Explicación
Puede caminar el cliente una distancia de 200 pies sin ayuda?				
Puede viajar el cliente una distancia de 3 cuadras (1/4 milla) a través de diferentes tipos de terreno sin ayuda?				
Puede viajar el cliente una distancia de 6 cuadras (1/2 milla) a través de diferentes tipos de terreno sin ayuda?				

	Si	No	A Veces	Respuesta Escrita/Explicación
Puede esperar el cliente al aire libre sin ningún soporte durante 15-30 minutos en diferentes condiciones climáticas?				
¿Puede cruzar el cliente donde hay señal de alto de 2 vías?				
¿Puede cruzar el cliente donde hay señal de alto de 4 vías?				
¿Puede cruzar el cliente intersecciones controladas por un semáforo en un área residencial, semi-comercial, o comercial?				

**Complete si el cliente tiene una discapacidad cognitiva.**

	Si	No	A Veces	Respuesta Escrita/Explicación
¿Puede proporcionar el cliente su nombre, dirección, y números de teléfono si se los solicitan?				
¿Puede reconocer el cliente un destino o punto de referencia?				
Puede lidiar el cliente con situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina?				
Puede el cliente pedir, comprender, y seguir instrucciones.				
Puede el cliente viajar de manera segura y efectiva in instalaciones abarrotadas de gente y/o complejas?				

**Complete si el cliente tiene un impedimento de habla.**

	Si	No	A Veces	Respuesta Escrita/Explicación
¿Puede el cliente comunicarse verbalmente?				
¿Puede el cliente comunicarse con un dispositivo de comunicación aumentativa?				
¿Puede el cliente comunicarse por escrito?				
¿Puede el cliente comunicarse por teléfono?				

Yo verifico que la información proporcionada en este formulario de Verificación de Profesional Medico es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Profesional Calificado \_\_\_\_\_

Fecha (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_