

**GOVERNMENT OF
THE VIRGIN ISLANDS OF THE UNITED STATES**

PUBLIC WORKS DEPARTMENT

6002 Estate Anna's Hope
Christiansted, St. Croix, 00820-4428

Division of Transportation

Tel: (340) 773-1664, Ext. 4225

Fax: (340) 778-0670

Formulario de Aplicación Para VITRAN Servicio De Paratransito

Hay dos tipos de servicio de transporte público disponible en el Territorio de las Islas Vírgenes:

Servicio de Ruta Fija (servicio de buses regulares) que provee servicio en paradas de autobús designadas por rutas específicas en horarios establecidos. Todos los autobuses tienen el equipo necesario para acomodar personas con discapacidades, incluyendo ascensores para las sillas de ruedas, inclinación para mayor acceso, autobuses de piso bajo y anuncios de voz.

El Servicio de Paratransito (puerta a puerta) es un servicio de transporte público de viaje compartido para la personas cuya discapacidad les impide usar el Servicio de Ruta Fija (autobuses de ciudad regulares). Usted debe llamar con anticipación y hacer una reservación para viajar.

Si su discapacidad o barreras ambientales, le impiden usar el servicio de Ruta Fija (autobuses de ciudad regulares), usted puede ser elegible para el Servicio de Paratransito (puerta a puerta) para algunos viajes o para todos. Su capacidad para viajar en los buses de la Ruta Fija (autobuses de la ciudad regulares) será evaluado a través del uso de esta aplicación, una entrevista en persona y una evaluación funcional. Se realizará una determinación dentro de los 21 días calendario de su entrevista en persona o se le otorgará la elegibilidad hasta que una determinación sea tomada.

Por favor asegúrese de contactar a la División de Transportes del Departamento de Obras Pública y Transportes para programar una entrevista en persona al teléfono (340) 773-1664, Ext. 4225. Es de su beneficio programar la entrevista lo más pronto posible. Su aplicación no puede ser procesada sin una entrevista previa.

Ley Estadounidense para personas con Discapacidades (ADA) es una ley de derechos civiles. La intención de la ADA es eliminar las barreras que han impedido a las personas con discapacidades participar plenamente en la vida. Bajo la ADA, el servicio de rutas fijas (buses

Isla _____ Código Postal _____

Teléfono del hogar/celular: _____ Trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

En caso de emergencia, ¿a quién debemos contactar?

Contacto 1: Nombre _____

Teléfono _____ Relación con usted _____

Contacto 2: Nombre _____

Teléfono _____ Relación con usted _____

Cuestionario para el solicitante sobre su discapacidad.

1. Describa su discapacidad y como le afecta o le limita su habilidad para viajar en el servicio regular de autobuses de la ruta fija. **Por favor favor especifique:** _____

2. Su condición es: Permanente ____ Si ____ No Temporal ____ Si ____ No

Si es temporal, ¿Cuánto tiempo cree que va durar? _____

3. ¿Cómo viaja usted?

_____ Camina _____ Conduce _____ Viaja en carro

_____ Taxi _____ Servicio de ruta fija _____ Paratrásito

_____ Servicio de ruta fija y paratrásito _____ Otro

4. ¿Utiliza usted con frecuencia cualquiera de las ayudas de movilidad o equipo especializado que se menciona a continuación? Seleccione todas las que aplican:

- Andador Bastón Bastón blanco
- Dispositivos de comunicación Animal de Servicio
- Muletas Scooter Eléctrico Prótesis de pierna
- Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica
- Aparatos ortopédicos para las piernas tarjetas de memoria
- Tanque de oxígeno portátil
- Otro (Especifique)

5. ¿Necesita la asistencia de otra persona cuando viaja dentro de la comunidad?

- Si No Algunas Veces

6. ¿Puede subir tres gradas (1 a 15 pulgadas) con una barandilla, sin ayuda de otra persona?

- Si No Algunas Veces

7. ¿Ha usado usted el servicio de bus regular de la ruta fija? Si No

Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué ya no utiliza el servicio? _____

8. ¿El estado del tiempo afecta su habilidad de usar el servicio de bus regular?

- Si No Algunas veces

¿De qué manera? _____

9. Describa el terreno alrededor de su casa o apartamento en relación a llegar a la parada de autobús (aceras, colinas, césped, grava, distancia, etc) _____

10. ¿Puede usted llegar hasta la parada de autobús más cercana?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió “No” o “A veces” ¿qué le previene llegar? _____

11. ¿Puede usted cruzar las calles donde hay poco tráfico, dónde no hay control del tráfico y pocas señales de tránsito sin asistencia?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió “No” o “A veces” ¿qué le previene cruzar? _____

12. ¿Puede cruzar en los semáforos? _____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió “No” o “A veces” ¿qué le previene cruzar? _____

13. ¿Puede cruzar en intersecciones con mucho tráfico?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió “No” o “A veces” ¿qué le previene cruzar? _____

14. ¿Puede usted preguntar por direcciones, y seguirlas ya sea oralmente o por escrito?

_____ Si _____ No _____ A veces

Si respondió “No” o “A veces” ¿qué le previene cruzar? _____

15. ¿Puede usted reconocer alguna señal o particularidad de su punto de destino?

_____ Si _____ No

Si respondió No, Explique:

16. ¿Puede decir la hora? _____ Si _____ No

17. ¿Puede contar dinero? _____ Si _____ No

Hay alguna otra información que nos quiera brindar que nos ayudará a tomar la decisión con respecto a su elegibilidad? _____

LA APLICACIÓN SE CONSIDERARA COMPLETADA SI ESTA FIRMADA

Entiendo que el propósito de esta aplicación es determinar si hay momentos cuando no puedo utilizar los autobuses de ruta fija de VITRAN y requeriré los servicios de paratransito. Entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá confidencial y será compartido sólo con los profesionales involucrados en la evaluación de mi elegibilidad. Certifico que a lo mejor de mi conocimiento, la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa podría determinar el resultado de mi elegibilidad.

Doy mi consentimiento para el personal de VITRAN Plus Paratransit se contacte con el profesional que completó esta aplicación para verificar o solicitar información adicional sobre mi condición.

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Fecha _____

Persona que completó la solicitud para el solicitante (marque uno):

- Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y correcta basada en la información dada a mí por el solicitante.

- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi conocimiento de la condición de salud y discapacidad del solicitante y tengo la autoridad legal para completar esta aplicación.

Nombre _____

Firma _____

Teléfono de día _____

Fecha _____

Dirección _____

Isla _____

Apartado postal _____ Relación con el aplicante _____

Nombre de la agencia _____

Estimado Profesional Médico:

Para completar esta solicitud en nombre del solicitante, deberá ser un profesional certificado o con licencia en el área de la medicina.

Su cliente o paciente está aplicando para los servicios de VITRAN Plus que rige bajo la Ley Estadounidense para personas con Discapacidades (ADA). Para ser elegible para este servicio, la persona debe tener dificultad para utilizar independientemente el servicio de autobuses de la ruta fija debido a una discapacidad mental o física. Tenga en cuenta que todos los autobuses de ruta fija están equipados con rampas o ascensores, eliminando así la necesidad de negociar el uso de escaleras. De ser necesario el conductor prestará asistencia para subir o bajar del autobús. Su participación es vital, solicitudes incompletas no serán consideradas y el cliente no podrá utilizar el servicio de paratransito de la ADA. Por favor tenga en mente, la más completa información que proporcione con respecto a su cliente las habilidades y los retos que pueda tener durante del viaje, el personal de VITRAN podrá determinar cuál es el mayor servicio de VITRAN que su cliente debe utilizar.

Si tiene alguna pregunta cuando está completando la Parte B, por favor contacte nuestra oficina al 340-773-1664, Ext. 4225

Por favor tenga presente que si no tiene Parte A, tendrá que retornar la Parte B al aplicante. Debemos recibir ambas partes A y B juntas.

Solo los siguientes profesionales acreditados están autorizados a completar Parte B:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Especialista de Rehabilitación | <input type="checkbox"/> Especialista de Orientación y Movilidad |
| <input type="checkbox"/> Trabajadores Sociales | <input type="checkbox"/> Médico Acreditado |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Respiratorio | <input type="checkbox"/> Médico Asistente |
| <input type="checkbox"/> Oncólogo | <input type="checkbox"/> Podólogo |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo | <input type="checkbox"/> Enfermera Practicante |
| <input type="checkbox"/> Siquiatra | <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico |
| <input type="checkbox"/> Especialista en Audición | <input type="checkbox"/> Oftalmólogo/Oculista |
| <input type="checkbox"/> Especialista Independiente de Vida | |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta de Lenguaje | |

PARTE B: Debe de ser completada por un Profesional Certificado en el Area de la Medicina, debe tener los conocimientos necesarios para poder verificar la funcionalidad del aplicante. Parte B debe ser sometida con Parte A.

Nombre del Solicitante_____

Información requerida-Profesioanl en Medicina Autorizado

Nombre_____

Firma_____ Fecha_____

Título Profesional_____

Especialidad_____

Número de Licencia_____

Clínica o Agencia_____

Dirección_____

Número de Teléfono_____

Preguntas relacionadas con la discapacidad del aplicante. Por favor complete todas las areas que aplican. Solicitudes incompletas serán devueltas al aplicante.

Información Médica General o Información Sobre la Discapacidad Física

El solicitante es mi paciente desde _____

Fecha de la última evaluación del solicitante _____

18. Por favor indique la naturaleza o condición de la discapacidad del paciente. Esta lista no es exclusiva, enlista discapacidades que predominan basadas en solicitudes sometidas anteriormente.

Diabetes Enfermedad Renal en Etapa Terminal

¿Diálisis? _____ Si _____ No ¿Cuándo? _____

Bajo Tratamiento Para el Cancer Duración _____

Artritis: Especifique que tipo y el/la (s) area (a) _____

Amputación: Por favor especifique, Usa prótesis _____

Condición Neurológica:

Seleccione Una: Leve Moderado Severo Grave

Condición Neuromuscular

Enfermedad Pulmonar: Si usa oxígeno, cuál es el uso: _____

Enfermedad Cardíaca

Parálisis

Enfermedad Mental

Mareos

Lesión cerebral traumática

Dificultad para respirar

Legalmente Ciego

Necesita Catéter

Severa Discapacidad Visual

Obesidad

Alzheimer

Autismo

Demencia

Discapacidad auditiva: Especificar el grado de pérdida auditiva _____

Trastornos Convulsivos: Tipos de convulsiones? _____

¿Cada cuanto ocurren estas convulsiones? _____

Después de cada convulsión, cuanto tiempo dura en recuperarse y volver a la normalidad?

¿Después de las convulsiones tiene un aura? Si No

¿Qué le provoca las convulsiones? _____

¿Está tomando medicamentos para las convulsiones? Si No

¿Están las convulsiones bajo control? Si No

¿Tiene el/ella la capacidad de desplazarse en una forma segura y efectiva dentro de la comunidad? Si No

¿Cuándo fue la última convulsión del solicitante? _____

19. ¿Es la condición (es) temporal? Si No

Si es temporal, cuál es la duración prevista? _____

20. ¿Hay condiciones ambientales que tendrían un impacto negativo en la condición del solicitante? Si No

¿Cuáles son esas condiciones? _____

¿Cuál es el impacto? _____

21. ¿Siente usted que el solicitante podría ser entrenado para utilizar el servicio de buses de la ruta fija de una manera independiente segura y eficaz?

Si No Si la respuesta es no, por qué? _____

22. ¿Qué tan lejos puede desplazarse el solicitante independientemente, propulsar una silla de ruedas, desplazarse sin algún equipo auxiliar y sin descansos prolongados?

Sin movilidad funcional independiente Cuadras (500 pies = 1 cuadra)

Desplazarse de forma independiente/en ruedas $\frac{3}{4}$ de milla con periodos de descanso cortos si es necesario.

23. ¿Cuánto tiempo puede esperar el solicitante en una parada de autobús con una banca bajo techo ? _____

24. ¿Cuánto tiempo puede esperar el solicitante en una parada de autobús que no tenga una banca y no este techada ? _____

Discapacidad Cognitiva

1. ¿Cuál es el diagnostico médico de la condición del solicitante?

2. ¿ Tiene el solicitante algún problema específico de conducta?

Si No

Si la respuesta es Si, describa el problema _____

3. ¿ Puede el solicitante viajar solo? Si No

4. ¿ El solicitante viaja solo? Si No

Direcciones con 1 instrucción Direcciones con 2 instrucciones

Direcciones con 3 instrucciones Ninguna

5. ¿ El solicitante sabrá que hacer si se pierde dentro de la comunidad

Si No

6. ¿ Será capáz el solicitante de reconocer y evitar cualquier peligro que pueda encontrar mientras viaja dentro de la comunidad?

Si No Si la respuesta es No, Explique _____

7. ¿ Puede el solicitante cruzar calles de forma segura? Si No

8. Seleccione todas las que aplican y proporcione información adicional si es necesario:

Resolución de problemas

Memoria de corto plazo

Atención

Problemas procesando información

Perspectiva y planificación

Seguridad cognitiva y buen juicio

¿Cómo podrían estas condiciones prevenir que el solicitante pueda de una manera segura utilizar los servicios de buses de la ruta fija?

Discapacidad Psicológica/Mental

1. ¿Qué es el diagnóstico médico de la condición del solicitante? _____

2. ¿Cuál es el pronóstico para esta condición de función independiente? _____

3. ¿Ha recibido el solicitante prescripción médica para su condición?

Sí No

Si es así, este medicamento le permite al solicitante desenvolverse dentro de la comunidad de manera segura?

Sí No

4. ¿Recientemente ha tenido alguna disminución en las funciones diarias debido a un ajuste en la medicación?

Sí No

5. ¿Tiene el solicitante alucinaciones auditivas o visuales? Sí No

Si su respuesta es Sí, como afectan la habilidad del solicitante para desenvolverse dentro de la comunidad? _____

6. ¿Presenta el solicitante ataques de Pánico o ansiedad en sitios cerrados o muy concurridos?

Sí No

Si la respuesta es Sí, Explique _____

7. ¿ Carece el solicitante de habilidades o destrezas que le puedan impedir utilizar el servicio de transporte de buses de la ruta regular de una manera segura?

Si No

Si la respuesta es Sí, Explique_____

Discapacidad Visual

1. ¿Qué es el diagnóstico médico de la condición del solicitante? _____

2. Mejor agudeza visual_____

3. ¿Cuál es el pronóstico? ¿ Es esta condición estable, degenerativa o de alguna manera va a cambiar? _____

4. ¿ Es capaz el solicitante de caminar al aire libre? Si No

Si la respuesta es Sí, ¿Dónde puede caminar?

Solo en su propiedad y hacia lugares familiares.

Hacia lugares cercanos (en la misma cuadra).

Hacia lugares más lejanos.

5. ¿ Si el solicitante puede caminar al aire libre o alrededores solo, es capaz de cruzar las calles sin ayuda?

En calles tranquilas con poco tránsito

En las señales de tránsito

En intersecciones con mucho tránsito

En intersecciones con señales auditivas

Otras

Si el solicitante tiene vista parcial:

6. ¿ Puede el solicitante dar pasos en las curvas? Si No

7. ¿ Puede la visión del solicitante ser afectada de acuerdo a la iluminación?
 Luz solar muy fuerte Sitios con poca iluminación o sombreados
 Luz nocturna Otro

8. ¿ La capacidad o habilidad del solicitante para viajar solo, se ve afectada por otras condiciones (impacto ambiental, por el sonido, o la habilidad de distinguir el flujo del transito.)
 Si No

Explique _____

¿Hay alguna otra información que nos desea brindar que puede ayudarnos a tomar la mejor decisión sobre su elegibilidad? _____

