

Transportacion Actual

¿Usa buses regulares de Capital Metro ahora? ___ Sí ___ No ___ Algunas veces

Si no o algunas veces, que le limita o impide de usar los buses? (ejemplo, no banquetas)

¿Cual es la parte mas dificil de usar el bus para usted? _____

¿Que rutas de bus sirven a su comunidad? _____

¿Cual es la parada mas cercana a donde usted vive? (Por favor de el local) _____

¿Puede llegar a esta parada por si mismo/a? ___ Sí ___ No ___ Algunas veces

Si no, porque no? _____

¿Puede abordar el bus por si mismo/a? ___ Sí ___ No ___ Algunas veces

Si no, porque no? _____

¿Alguna vez ha recibido entrenamiento para usar el servicio de bus regular? ___ Sí ___ No

Si no, le gustaría participar en entrenamiento? ___ Sí ___ No

Si no usa los buses de Capital Metro: ¿como viaja actualmente? (por ejemplo, familia, amigos?) _____

Uso de Aparatos para Asistencia

___ **Silla de Ruedas Manual** (Marque uno)

___ De Doblar; pasajeros deben de poder transferirse a un carro de 4-puertas sin asistencia del conductor.

___ Pasajero no puede transferirse a un carro de 4-puertas sin asistencia del conductor.

(Marque todos los que le apliquen)

___ Silla de ruedas alta

___ Baston/baston guía

___ Andador (de doblar)

___ Silla de ruedas larga

___ Muletas

___ Andador (no puede doblar)

___ Silla de ruedas electrica

___ Silla de ruedas ancha

___ Tanque de Oxigeno

___ Silla tipo carruaje/cochecito

___ Escúter (Scooter) Electrico

___ Otros _____

___ Animal de Servicio Certificado

___ Refuerzos (Braces)

___ Aparato de Comunicación

___ Prótesis esteticos

Tipo de Medio/Comunicación Preferido

Imprenta de letra normal Imprenta de letra grande Braille
 Audio Cassette Diskette de Computadora TDD (limitaciones de audición)
 Otros (por favor sea específico) _____ Español
 Correo- Electronico (por favor dar su dirección) _____

ACUERDO DEL APLICANTE DE STS

Yo estoy de acuerdo que si soy certificado para uso de STS, Voy a pagar el pasaje exacto, si es requerido, para cada viaje. Estoy de acuerdo de notificar a la oficina de STS de cualquier cambio de mi estado que pueda afectar mi elegibilidad de usar el servicio. Tambien entiendo que si fallo a seguir las reglas y procedimientos de STS, sera causa de revocar mi aplicación y el derecho de participar en el programa.

Yo entiendo y estoy de acuerdo de no culpar a STS de todos reclamos o responsabilidad de daños a cualquier persona, propiedad, o lesiones personales que ocurran a causa de que yo falle de equipar o mantener la seguridad del equipo adaptivo o animal guí certificado que yo requiero para movilidad. Yo leí y entiendo totalmente las condiciones para servicio delineadas en las reglas y procedimientos de STS y estoy de acuerdo de cumplir con estas.

Yo, por la presente, autorizo que verifiquen la información brindada a Capital Metro para el proposito de evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de STS.

Yo certifico que la información en esta aplicación es la verdad y está correcta.

Firma _____

Fecha _____

La siguiente información debe ser llenada si la aplicación fue completada por otra persona (no el aplicante):

NOMBRE _____ TELEFÓNO _____

DIRECCIÓN _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código Postal

Firma _____

Fecha _____

En Caso de Emergencia

NOMBRE _____
Relación Numero(s) de Teléfono

DIRECCIÓN _____
Calle Apt# Ciudad Estado Código Postal

Esta página y las siguientes 3 páginas deben de ser completadas por un profesional Calificado. (*This page and the following 3 pages must be completed by a Qualified professional*)

(USE LETRA DE MOLDE/PLEASE PRINT).

SERVICIO DE TRANSITO ESPECIAL (STS)

Verificación de Elegibilidad

Verification of Eligibility

Por favor note: Toda la información para verificación de elegibilidad debe ser proveída por un **profesional calificado**. Ejemplos de profesionales calificados son:

(*Please note: All information for verification of eligibility must be provided by a **qualified professional**. Examples of qualified professionals are*)

Trabajador de Caso (Caseworker) Quiropractico (Chiropractor) Oculista (Optometrist)
Medico (Physician) Psiquiatra (Psychiatrist) Psicólogo (Psychologist)
Enfermera Registrada (Registered Nurse) Trabajador Social (Social Worker)
Profesional de Medicina con licencia (Licensed Medical Professional)
Profesional sobre el Retraso Mental (Mental Retardation Professional)
Especialista de Movilidad y Orientación (Orientation & Mobility Specialist)
Consejero de una Agencia Establecida (Counselor from an Established Agency)

PERSONA COMPLETANDO LA VERIFICACIÓN _____

PERSON COMPLETING VERIFICATION

TITULO PROFESIONAL _____

PROFESSIONAL TITLE

AGENCIA/AFILIACIÓN _____

AGENCY/AFFILIATION

No. de Certificación del Estado _____

STATE OF TEXAS CERTIFICATION ID#

DIRECCIÓN DE LA OFICINA _____

BUSINESS ADDRESS Calle/Street Suite Ciudad/City Estado/State Zip

TELEFÓNO DE LA OFICINA _____

BUSINESS TELEPHONE

Si marca NO o ALGUNAS VECES a cualquier pregunta abajo, por favor explique.

If you mark NO or SOMETIMES to any item below, please explain.

1. ¿Cual es el prognosis medico que le causa su discapacidad (ejemplo, retraso mental, epilepsia)

What is the medical diagnosis that causes the disability (e.g., mental retardation, epilepsy)? _____

¿Es su condición temporal/*Is this condition temporary?* ___ Sí/Yes ___ No

Si respondió si, espero qu dure hasta: _____

If yes, expected to last until:

Fecha de Duración/*Date of duration*

2. ¿Requiere la incapacidad del aplicante que viaje con alguien que le atienda?

Does the applicant's disability require that he or she travel with an attendant?

___ Si/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain: _____

3. ¿Hay alguna otra información que STS debe saber en caso de emergencia (ejemplo, hepatitis, tuberculosis)? Is there any other medical information STS should know in the event of an emergency? (e.g. Hepatitis, Tuberculosis) _____

4. Si el cliente tiene incapacidad que afecta movilidad, puede el/ella:
If the client has a disability affecting mobility, is he or she:
¿moverse una distancia de 200 pies sin asistencia? able to travel a distance of 200 feet without assistance? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain _____

¿moverse una distancia de 3 bloques o ¼ de milla sin asistencia sobre diferentes tipos de terreno/able to travel a distance of 3 blocks (1/4 mile) without assistance over different types of terrain? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain: _____

¿subir 3 escalones de 12 pulgadas sin asistencia?/able to climb three 12-inch steps without assistance? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain _____

¿esperar fuera sin apoyo por 15-30 minutos en diferente clima? able to wait outside without support for 15-30 minutes in different weather conditions?
___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain: _____

Cruzar/able to cross: ___ Alto de 2-vias/2-way stop ___ Alto de 4-vias/4-way stop

Cruzar intersección de semáforos en las siguientes areas:
able to cross traffic light-controlled intersection in the following areas:

___ residencial/residential ___ semi-de negocios/semi-business
___ negocios/ business

5. Si tiene incapacidad de vision, cual ojo con corrección tiene la mejor agudeza visual/
If vision-impaired, what is Best Corrected Acuity? Derecho/Right _____ Izq./Left _____

Restricción de vision/Field Restriction: Derecha/Right _____ Izq./Left _____

Si legalmente ciego/a puede/ If legally blind, is he or she:

¿moverse una distancia de 200 pies sin asistencia? able to travel a distance of 200 feet without assistance? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain _____

¿moverse una distancia de 3 bloques o ¼ de milla sin asistencia sobre diferentes tipos de terreno/able to travel a distance of 3 blocks (1/4 mile) without assistance over different types of terrain? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain: _____

subir 3 escalones de 12 pulgadas sin asistencia?/able to climb three 12-inch steps without assistance? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain _____

¿esperar fuera sin apoyo por 15-30 minutos en diferente clima?able to wait outside without support for 15-30 minutes in different weather conditions?
___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes
Explique/Explain: _____

Cruzar/able to cross: ___ Alto de 2-vias/2-way stop ___ Alto de 4-vias/4-way stop

Cruzar intersección de semáforos en las siguientes areas:
able to cross traffic light-controlled intersection in the following areas:

___ residencial/residential ___ semi-de negocios/semi-business
___ negocios/ business

6. Si la persona tiene una incapacidad mental, puede:

If the person has a cognitive disability, is he or she able to:

¿Dar su nombre, dirección y número de teléfono al pedirselo?

Give name, address and telephone numbers upon request?

___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain: _____

¿Reconoce a donde va o lugares muy conocidos?

recognize a destination or landmark? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain: _____

¿Enfrentar situaciones inesperadas o cambios de rutina inesperados?

deal with unexpected situations or unexpected changes in routine?

___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain _____

¿Preguntar, entender y seguir indicaciones?

ask for, understand, and follow directions? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain: _____

¿efectivamente y seguramente pasar por areas complicadas y con mucha gente?

safely and effectively travel through crowded and/or complex facilities?

___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain: _____

7. Si la persona tiene impedimento de habla, puede el/ella:

If the person is speech impaired, is he or she able to:

¿Comunicarse verbalmente?

communicate verbally? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain _____

¿Comunicarse con equipo/computadora para hablar?

communicate with an augmentative device? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain _____

¿Comunicarse por escrito?

communicate in writing? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Explique/Explain _____

¿Comunicarse por teléfono?

communicate over the telephone? ___ Sí/Yes ___ No ___ Algunas Veces/Sometimes

Yo verifico que la información brindada arriba es correcta y verdadera a mi mejor conocimiento.
I verify that the information provided above for verification is true and correct to the best of my knowledge.

Firma del Profesional Calificado
Signature of Qualified Professional

Fecha
Date