



## **Greenville Área Paratransit (GAP) Servicio Especial de Transporte Greenlink para Minusválidos (GAP)**

**Oficinas Administrativas de Greenlink  
100 W McBee Ave  
Greenville, SC 29601  
864-467-5001**

### Información General y Formularios de Aplicación o Solicitud

Agradecemos su interés en el servicio especial de transporte Greenlink para minusválidos "Greenville Área Paratransit" GAP (por sus siglas en inglés). Este servicio opera de acuerdo a la 'Ley de Estadounidenses Minusválidos' (ADA, por sus siglas en inglés) para entregar transporte a aquellas personas que no pueden hacer uso de las rutas normales de buses Greenlink debido a una invalidez o discapacidad física. Para mayor información sobre políticas, tarifas, áreas de cobertura y otro tipo de información, sírvase revisar el 'Manual para el Usuario GAP'.

### Información Inicial

Antes de comenzar a llenar la solicitud, lea atentamente todo el material que se incluye a continuación. La información que usted entregue nos ayudará a determinar si usted califica para este beneficio. Todas las páginas de la solicitud deben ser completadas. Los formularios incompletos o sin las firmas obligatorias no serán procesados y serán enviados de vuelta, demorando el proceso de solicitud.

Esta solicitud se divide en dos partes: la Sección 1, **Información del Usuario**, debe ser llenada por el solicitante o, en caso de necesitar ayuda, por una persona de confianza. Al final de esta sección, el usuario otorga permiso a un profesional de la salud a entregarnos información sobre su invalidez o discapacidad. La Sección 2, **Verificación Profesional**, debe ser completada únicamente por el médico tratante o por un profesional de la salud. El solicitante no necesita llenar nada de la Sección 2.

### Para Completar la Solicitud

Contáctenos al número 864-467-2759 si necesita ayuda para llenar los formularios o tiene alguna consulta. La información y la solicitud están también disponibles a pedido en otro tipo de formato.

Responda todas las preguntas de manera honesta y precisa para que podamos determinar si puede ser seleccionado para hacer uso de este servicio. Esta información nos ayudará a entender su discapacidad y limitaciones. Con ello podremos determinar las circunstancias en las que usted puede utilizar el servicio normal de autobuses y/o el servicio de transporte especial GAP.

Una vez completada la Sección 1 de esta solicitud, un profesional de la salud deberá llenar la Sección 2: **Verificación Profesional**. Un profesional de la salud, que conozca la invalidez del solicitante, deberá

completar esta sección con precisión. Una vez completada la Sección 2, el usuario deberá enviar su solicitud al GAP (*Servicio Especial de Transporte Greenlink para Minusválidos*).

### **Cómo Presentar la Solicitud**

La solicitud debe ser llenada completamente y con precisión. Las solicitudes incompletas o a las que les falten las firmas obligatorias no podrán ser procesadas y serán devueltas. Para hacernos llegar su solicitud, utilice cualquiera de los siguientes métodos de envío:

<b>Dirección de correo:</b>	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:wcampbell@greenville.gov">wcampbell@greenville.gov</a>
Greenlink / GAP	<b>Fax:</b> 864-467-5006
100 W McBee Ave	
Greenville, SC 29601	

La solicitud será procesada y tomará 21 días para poder determinar si el solicitante es seleccionado para hacer uso del servicio especial de transporte GAP. La decisión será informada por escrito. Si se requiere tiempo adicional para completar este proceso, el usuario será considerado temporalmente "elegible" o seleccionado hasta que se tome una decisión final.

### **¿Quiénes Son Seleccionados para Hacer Uso del GAP?**

Las personas seleccionadas para hacer uso del servicio GAP son aquellas que no pueden subir o bajar de un autobús, que no pueden trasladarse desde o hacia una parada de autobús, o que no entienden cómo utilizar el sistema de transporte. Cada caso es estudiado de manera particular (caso a caso).

Para realizar la selección de un usuario se analiza en detalle toda la información entregada sobre su invalidez, el destino de sus viajes, y la zona cercana al hogar del usuario, estudiando los accesos que tiene para llegar a las paradas de autobús. Si el usuario puede utilizar parcialmente la ruta normal del servicio de autobuses, entonces calificará de modo condicional. Con la calificación condicional, el servicio GAP podrá asistirlo en aquellos viajes desde o hacia ubicaciones que no son accesibles con la ruta normal del servicio de autobús. Independientemente del tipo de calificación, todos los viajes deberán ser programados entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m. del día anterior al viaje.

### **Proceso de Apelación**

Si el usuario es rechazado para hacer uso del servicio GAP y se determina que tiene la capacidad para usar el servicio normal de autobuses, se le enviará una notificación por escrito explicando los motivos de esta decisión. Los solicitantes rechazados tendrán 60 días para presentar una apelación por escrito. Greenlink cuenta con 30 días para revisar el caso y tomar una decisión final una vez recibida la apelación. Las apelaciones deben dirigirse al: Assistant Director of Public Transportation, 100 W McBee Ave, Greenville, SC 29601.

Las decisiones tomadas por el subdirector son definitivas. Si no se toma una decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la apelación, se proporcionará transporte hasta que se tome la decisión final.

### **Fecha de Vencimiento y Renovación**

Una vez seleccionado el usuario, se aprobará su solicitud por un período máximo de 4 años. Para evitar la interrupción del servicio GAP, sugerimos renovar la solicitud al menos 30 días antes de la fecha de vencimiento. Si la discapacidad es temporal, es posible seleccionar un usuario por un período breve con el propósito de cubrir el tiempo de duración de su discapacidad.

### **Privacidad de la Información**

Toda la información que el cliente entregue en los formularios de solicitud se mantendrá guardada de manera confidencial y sólo será utilizada para poder determinar si el postulante cumple o no con los requisitos para hacer uso del servicio GAP. La información se conservará sólo con el propósito de poder entregar un buen servicio. La información que el cliente entregue es accesible sólo para algunos funcionarios administrativos de Greenlink y no está disponible para su uso público.

## Sección 1 – Información del Usuario

---

Esta sección nos ayudará a conocerlo y evaluar sus necesidades. Esta parte debe ser llenada por el solicitante y / o una persona de confianza que pueda responder a nombre del solicitante.

### Parte A – Identificación del Solicitante

Detalle la forma de cómo podemos contactarlo por su solicitud o cualquier otro servicio que usted pudiese llegar a recibir.

<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial 2º nombre</i>	<i>Fecha de Nacimiento</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Domicilio o Dirección</i>			<i>Apt / Unidad # /Depto</i>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Zona Postal</i>	<i>Teléfono (casa/celular)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Sexo (F o M)</i>	<i>Idioma Preferencial</i>	<i>Etnia o Raza</i>	<i>Teléfono (TTD/TTY)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor, incluya al menos un contacto para ubicarlo en caso de emergencia. Esta persona debe entender o conocer su discapacidad física.

<i>Nombre del Contacto en Caso de Urgencia</i>	<i>Teléfono (Día)</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<i>Parentesco</i>	<i>Empresa /Agencia (si corresponde)</i>	<i>Teléfono (Noche)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

---

<i>Nombre del Contacto en Caso de Urgencia</i>	<i>Teléfono (Día)</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<i>Parentesco</i>	<i>Empresa/Agencia (si corresponde)</i>	<i>Teléfono (Noche)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Parte B – Características de su Discapacidad

Esta parte pide información general y básica sobre su discapacidad o invalidez.

### 1. ¿Qué condición le impide usar la ruta normal del servicio de autobuses?

---

---

### 2. ¿Su discapacidad o invalidez, es permanente o temporal?

Permanente    Temporal    No estoy seguro

*Si respondió "Temporal", ¿cuánto tiempo aproximado perdurará su invalidez?*

---

### 3. ¿Cuál de las siguientes categorías describe como su discapacidad le impide utilizar la ruta fija o normal de autobuses?

- No puedo viajar en autobús sin la ayuda de otra persona.
- No puedo acceder a una parada de autobús debido a la falta de aceras.
- Mi discapacidad me impide poder acceder a una parada de buses.
- Mi discapacidad no me impide viajar en autobús.

### 4. Seleccione todos los aparatos que lo ayudan a moverse:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas manual                 | <input type="checkbox"/> carrito de mano/caminador       |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica              | <input type="checkbox"/> bastón                          |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica y muy grande | <input type="checkbox"/> bastón largo para no videntes   |
| <input type="checkbox"/> scooter o carro eléctrico              | <input type="checkbox"/> tirantes o aparatos ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> animal de servicio                     | <input type="checkbox"/> muletas                         |
| <input type="checkbox"/> prótesis                               | <input type="checkbox"/> tablero de comunicación         |
| <input type="checkbox"/> no uso aparatos                        | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |

### 5. Si usted usa silla de ruedas o scooter, necesitamos información adicional:

*La Ley de Estadounidenses Minusválidos (ADA) define que una silla de ruedas común no mide más de 30" de ancho por 48" de largo y no pesa más de 600 libras cuando está siendo usada. Si su herramienta de movilidad excede estas dimensiones, o si presenta un problema de seguridad para usted u otras personas, la ADA no le garantiza la entrega del servicio GAP, aunque usted haya resultado seleccionado.*

*En relación a su silla de ruedas o scooter:*

*¿Cuánto mide de ancho?* \_\_\_\_\_ pulgadas de ancho

*¿Cuánto mide de largo?* \_\_\_\_\_ pulgadas de largo

*¿Cuánto pesa al estar siendo ocupada?* \_\_\_\_\_ libras

**6. ¿Tiene visión limitada o parcial?**

Sí  No

*Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique:* \_\_\_\_\_

**7. ¿Es usted una persona legalmente ciega?** Se define legalmente ciego a la persona cuya visión en su mejor ojo y usando corrección es menor a 20/200, o que su campo visual está restringido a menos de 20 grados.

Sí  No  No estoy seguro

**Parte C – Actual Rutina de Viaje**

Esta parte explica cómo viaja generalmente hacia y desde sus destinos más frecuentes. El uso de las rutas normales o fijas de autobuses no lo descalifica.

**1. En general, ¿puede viajar solo?**

Siempre  Nunca  A veces  No estoy seguro

**2. Generalmente, ¿usa usted la ruta fija o normal de buses?**

Sí  No  A veces

*Si su respuesta fue afirmativa, ¿cuántas veces a la semana?* \_\_\_\_\_

**3. Si actualmente usted hace uso de la ruta fija o normal de buses, ¿necesita ayuda de otra persona para usar el servicio de transporte?**

Sí  No

*Si su respuesta fue afirmativa, explique el tipo de ayuda que requiere:*

Llegar o irse de la parada de bus  Siempre  A veces

Subir o bajarse de un bus  Siempre  A veces

Llegar al destino  Siempre  A veces

Otro (por favor, explique): \_\_\_\_\_

**4. ¿Alguna vez tuvo capacitación para aprender a usar el sistema de transporte de autobuses con ruta fija?**

- Sí                       No

*Si su respuesta fue afirmativa, cuéntenos acerca de su experiencia:*

- Terminé la capacitación                       Aprendí información general de viajes  
 No terminé la capacitación                       Aprendí a usar rutas específicas

*Si respondió que no, ¿le gustaría ser contactado para recibir entrenamiento en el uso del sistema fijo o normal de autobuses?*

- Sí                       No

**5. Enumere sus cinco destinos de viaje más frecuentes, la frecuencia y el método de transporte que actualmente usa (carro, taxi, bus, etc.).**

	<i>Nombre del Lugar/Dirección</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Método</i>
a.	_____	_____	_____
b.	_____	_____	_____
c.	_____	_____	_____
d.	_____	_____	_____
e.	_____	_____	_____

**6. ¿Cuál es la parada de autobuses más cercana a su hogar?**

\_\_\_\_\_

**7. ¿Puede llegar a esta parada de autobuses por si mismo, sin ayuda?**

- Sí                       No                       A veces

*Si usted respondió "A veces", por favor, explique: \_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_

**8. ¿Cómo describiría el terreno de la zona donde vive (por ejemplo, empinado, llano, montañoso, gravilla, pavimentado, etc.)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Parte D – Habilidades Motrices y Limitaciones

Esta parte describe las cosas que usted es capaz de hacer cuando viaja y el tipo de asistencia que pueda llegar a necesitar.

- 1. Explique cómo su discapacidad le impide usar el sistema de autobús de ruta normal o fija. Sea específico y adjunte hojas adicionales si fuese necesario.**

---

---

- 2. Independiente si usa o no algún aparato de ayuda para su movilidad, ¿qué tan lejos puede trasladarse por si mismo?**

- Menos de 200 pies                       1/2 milla (6 cuadras)  
 1/4 de milla (3 cuadras)               3/4 milla (9 cuadras)

- 3. ¿Es usted capaz de esperar hasta 15 minutos al aire libre y sin apoyo?**

- Sí                       No                       A veces

- 4. ¿Cuánto tiempo puede esperar en una parada de autobuses?**

Hasta \_\_\_\_\_ minutos.

- 5. ¿Es usted capaz de agarrar una baranda o pasamanos para sujetarse?**

- Sí                       No                       A veces

- 6. ¿Puede usted subir o bajar tres escalones de 12 pulgadas de alto, con barandas o pasamanos a ambos lados?**

- Sí                       No                       A veces                       No estoy seguro

- 7. ¿Puede usted caminar una cuadra plana o llana si el clima está bueno?**

- Sí                       No                       A veces                       No estoy seguro

- 8. ¿Los cambios de clima le impiden moverse por si mismo (calor extremo, frío, viento, lluvia o hielo)?**

- Sí                       No

*Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique:* \_\_\_\_\_

---

**9. ¿Le afecta el clima su capacidad de usar la línea fija o normal de buses?**

- Sí                       No

*Si su respuesta fue afirmativa, explique:* \_\_\_\_\_

---

**10. Aproximadamente, ¿cuántas cuadras debe usted viajar o moverse para llegar a la parada de autobuses más cercana?**

- Menos de 2 cuadras                       4 o más cuadras  
 2-4 cuadras                               No estoy seguro

**11. ¿Está usted en condiciones de manejarse solo si debe subirse a una rampa para sillas de ruedas?**

- Sí                       No                       No estoy seguro

**12. ¿Le resulta imposible viajar debido a alguna de las siguientes razones? Marque todo lo que corresponda:**

- Terreno con laderas y cuevas                       Ceguera nocturna  
 Alergias/sensibilidad ambiental                       Fatiga extrema, fragilidad  
 Incapacidad para cruzar intersecciones                       Extrema sensibilidad al clima  
 Otro: \_\_\_\_\_

**13. ¿Se puede comunicar con el chofer o el conductor del vehículo de manera directa o con la ayuda de un tablero de comunicación?**

- Sí                       No

**14. ¿Puede entregar direcciones o números de teléfono si se los preguntan?**

- Sí                       No

*Si respondió que no, explique por qué:* \_\_\_\_\_

---

*Continúe con la Parte E – Certificación del Asistente de Cuidado Personal en la próxima página.*

### Parte E – Certificación del Asistente de Cuidado Personal

Un Asistente de Cuidado Personal (PCA) es alguien designado o empleado, específicamente, para ayudarlo en la realización de, al menos, una actividad cotidiana. Marque sus iniciales en solamente una de las siguientes afirmaciones:

\_\_\_\_\_ Certifico que necesito el servicio de un Asistente de Cuidado Personal para poder viajar lo más independientemente posible. Necesito un PCA para viajar conmigo con la siguiente frecuencia:

Siempre       A veces       Temporalmente

Si usted respondió "temporalmente", ¿cuánto tiempo cree usted que necesitará contar con un Asistente de Cuidado Personal? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Certifico que, en este momento, no necesito el servicio de un Asistente de Cuidado Personal. Si esta situación llegara a cambiar, le avisaré al GAP con debido tiempo.

*Continúe con la Parte F – Autorización & Firmas en la siguiente página*

## Parte F – Autorización & Firmas

Al firmar este documento acepto los términos y condiciones descritos en esta solicitud, certifico que toda la información proporcionada es fidedigna y entiendo que proporcionar información falsa podría provocar el rechazo definitivo a mi solicitud. Entiendo que esta información se usará solo para determinar si puedo ser seleccionado para usar el servicio de transporte para minusválidos GAP.

Además, autorizo a mi médico, u otro profesional de la salud, a completar la Sección 2 de esta solicitud, Verificación Profesional, para proporcionar información sobre mi discapacidad o invalidez. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que yo revoque esta autorización de manera voluntaria, este formulario le permitirá al profesional de la salud completar la Sección 2 para entregar información hasta 6 meses después de la fecha detallada a continuación.

*Firma del Solicitante*

*Fecha*

*Firma del Representante Legal (Si el solicitante es menor de 18 años)*

*Fecha*

Si alguien distinto al solicitante llenó alguna sección de la parte 1 de esta solicitud, rogamos, por favor, completar con la siguiente información:

*Firma*

*Parentesco con el solicitante*

*Fecha*

## DETENGASE - PARE

### Fin de la Sección 1 – Información del Usuario

*NO LLENE nada de los siguientes datos que a continuación se piden. Presente este documento a su médico u otro profesional de la salud que esté familiarizado con su discapacidad o invalidez. Pídale que llene la Sección 2 – Verificación Profesional - y que luego le devuelva los documentos firmados.*

## Sección 2 –Verificación Profesional

---

Esta sección tiene por objetivo ayudarnos a verificar la información entregada en la Sección 1 "Información del Usuario". Esta sección sólo puede ser llenada por un médico u otro profesional de la salud o algún individuo o personal del equipo médico.

### Información sobre esta solicitud

La persona identificada en la Sección 1 de este formulario le solicita a usted que entregue información sobre sus aptitudes y habilidades para utilizar la ruta normal o fija del servicio de autobuses Greenlink de la Ciudad de Greenville. El servicio de ruta normal o fija consiste en autobuses diseñados para el transporte de pasajeros, los que esperan subir o bajar de un bus en paradas determinadas, y donde la ruta de transporte es predeterminada, fija y cumple con un horario.

Las personas que no pueden hacer uso del actual servicio de transporte con rutas normales y fijas pueden resultar seleccionados para usar el Servicio Especial de Transporte Greenlink para Minusválidos GAP (Greenville Área Paratransit) que cumple el rol de transportar pasajeros de acera a acera. La información que usted nos proporcione en este formulario nos permitirá evaluar la solicitud del usuario y determinar cuáles son sus necesidades de transporte.

La Ley de Estadounidenses Minusválidos (ADA) exige que las agencias de transporte público brinden servicio especial de transporte a las personas cuya discapacidad les impide usar un autobús de manera parcial o total. La discapacidad del usuario, la distancia desde o hacia una parada de autobús, los posibles inconvenientes y la disminución de la comodidad no son analizadas de manera individual o por sí solas para llevar a cabo la selección. La selección se realiza analizando todo el entorno y la discapacidad del solicitante. La condición del usuario debe imposibilitarlo de poder viajar en autobús.

La información que usted nos proporcione nos permitirá tomar una determinación adecuada para este determinado usuario. Toda la información que nos entregue será confidencial y solo será accesible por el personal de Greenlink para poder seleccionar al usuario y brindarle servicio de transporte.

Gracias por su cooperación.

### Instrucciones para el Profesional de la Salud

Tome en cuenta los siguientes pasos para poder verificar la información entregada en esta solicitud:

1. Lea las respuestas del usuario de la Sección 1 de esta solicitud.
2. Llene esta sección en detalle basándose en su conocimiento sobre la discapacidad del usuario.
3. Mantenga una copia de esta solicitud para sus archivos. La Parte F - *Autorización y Firmas* contiene la autorización del usuario para que usted nos entregue su información. En caso de que necesitemos contactarlo para mayor información, esta autorización le permitirá a sus funcionarios entregarnos la información requerida.
4. Devuelva al usuario esta solicitud completa y llenada dentro de 7 días después de recibida. El usuario es el responsable de hacernos llegar la solicitud a Greenlink.
5. Contáctenos si tiene alguna duda llamando a nuestras oficinas al número 864-467-2759.

*Continúe con las preguntas para la verificación en la siguiente página.*

## Preguntas de Verificación

Por favor, responda las siguientes preguntas de manera detallada para ayudarnos a entender de mejor modo la discapacidad del usuario.

1. ¿Cómo conoce usted a esta persona o solicitante?

---

---

2. ¿Hace cuánto tiempo que usted conoce o ha tratado a esta persona? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuándo fue la última vez que usted o su organización vio personalmente al solicitante?

---

4. Basado en su conocimiento sobre la condición de la persona, ¿cree usted que la información proporcionada en la Sección 1 es una representación fidedigna de la condición de la persona?

Sí                       No

*Si su respuesta fue "No", por favor, explique:* \_\_\_\_\_

---

5. Por favor, describa la discapacidad o invalidez de esta persona y su diagnóstico:

---

---

6. ¿Cree usted que la discapacidad le impide al solicitante poder usar el actual sistema de buses?

Sí                       No

*Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique:* \_\_\_\_\_

---

7. ¿De qué manera la discapacidad de esta persona le afecta su movilidad?

---

---

8. Especifique cuáles limitaciones funcionales están asociadas a la condición del solicitante:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Impedimento de Movilidad                           | <input type="checkbox"/> Deterioro Cognitivo   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual                                | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva |
| <input type="checkbox"/> Resistencia Comprometida (muscular / respiratoria) |  |

9. ¿Posee esta persona alguna otra condición médica que el GAP debiera estar en antecedentes?

- Sí                       No

Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique: \_\_\_\_\_

---

10. ¿Cuánto tiempo se espera que dure la condición en esta persona?

- Permanente     Largo Tiempo     Temporal hasta: \_\_\_\_\_

11. Por favor, seleccione todos los artefactos para la movilidad que el solicitante utiliza:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas manual                 | <input type="checkbox"/> carrito de mano o caminador     |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica              | <input type="checkbox"/> bastón                          |
| <input type="checkbox"/> silla de ruedas eléctrica y muy grande | <input type="checkbox"/> bastón largo para no videntes   |
| <input type="checkbox"/> scooter o carro eléctrico              | <input type="checkbox"/> tirantes o aparatos ortopédicos |
| <input type="checkbox"/> animal de servicio                     | <input type="checkbox"/> muletas                         |
| <input type="checkbox"/> prótesis                               | <input type="checkbox"/> tablero de comunicación         |
| <input type="checkbox"/> nada                                   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                     |

12. ¿Qué distancia puede cubrir esta persona usando algún artefacto de ayuda para su movilidad?

- No puede trasladarse más de 300 pies  
 Puede trasladarse hasta 300 pies (un cancha de football)  
 Puede trasladarse hasta 500 pies (una cuadra en una ciudad)  
 Puede trasladarse hasta 600 pies (dos canchas de football)  
 Puede trasladarse hasta 1,320 pies (una vuelta en una pista)

13. ¿La discapacidad de esta persona le impide llegar a una parada de autobuses?

- Sí                       No                       A veces

Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique: \_\_\_\_\_

---

14. ¿Puede esta persona subir un peldaño de 12 pulgadas?

- Sí                       No                       A veces

Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique: \_\_\_\_\_

---

15. ¿La discapacidad de esta persona le impide poder esperar en una parada de autobuses?

- Sí                       No

16. ¿Cuánto tiempo puede esperar sentado, parado o con aparatos de ayuda? \_\_\_\_\_ minutos

17. ¿La discapacidad le impide al solicitante poder tomar un bus con acceso para sillas de ruedas?

- Sí                       No                       A veces

Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique: \_\_\_\_\_

---

**18. ¿La capacidad para viajar de esta persona se ve afectada con el clima?**

- Sí                       No                       A veces

*Si su respuesta fue afirmativa, por favor, explique:* \_\_\_\_\_

---

**19. ¿Posee el solicitante una sensibilidad definida al calor o al frío desde el punto de vista médico?**

- Sí                       No

*Si su respuesta fue afirmativa, por favor, especifique la condición:* \_\_\_\_\_

*Si su respuesta fue afirmativa, por favor, especifique la temperatura:* \_\_\_\_\_

**20. ¿Necesita el solicitante un Asistente de Cuidado Personal (PCA) cuando viaja?**

*Un Asistente de Cuidado Personal (PCA) no es un acompañante, sino más bien, es alguien designado o empleado para entregar ayuda a movilizarse, cuidado personal, comunicación, transporte, interpretación del lenguaje de señas, servicio de lectura, etc, mientras el solicitante realiza el viaje.*

- Sí                       No                       A veces

**21. ¿Afecta la discapacidad de esta persona alguno de los siguientes factores?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorientación             | <input type="checkbox"/> Supervisar el tiempo  |
| <input type="checkbox"/> Solucionar Problemas       | <input type="checkbox"/> Juicio  |
| <input type="checkbox"/> Memoria a corto plazo      | <input type="checkbox"/> Comunicación  |
| <input type="checkbox"/> Memoria a largo plazo      | <input type="checkbox"/> Desempeño incoherente   |
| <input type="checkbox"/> Concentración              | <input type="checkbox"/> Coping skills (herramientas de autocontrol)   |
| <input type="checkbox"/> Modo de andar o equilibrio | <input type="checkbox"/> Comportamiento social inapropiado:  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____                | <input type="checkbox"/> agresivo <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> amistoso excesivo |

*Explique si alguno de los factores recién enumerados afectan la seguridad de la comunidad viajera:* \_\_\_\_\_

---

**22. Describa cómo la discapacidad del solicitante lo afecta para completar las siguientes tareas:**

Viajar solo: \_\_\_\_\_

Salir de la casa a tiempo: \_\_\_\_\_

Buscar direcciones: \_\_\_\_\_

Encontrar la ruta hacia y desde una parada: \_\_\_\_\_

Cruzar las calles: \_\_\_\_\_

Esperar el bus: \_\_\_\_\_

Viajar en bus: \_\_\_\_\_

Monitoreo del tiempo: \_\_\_\_\_

Transferirse a un segundo bus y bajarse en los paraderos correctos: \_\_\_\_\_

**23. ¿Recomendaría usted que esta persona recibiera una capacitación para usar la línea de buses?**

Sí                       No

*Si su respuesta fue "No", explique por qué:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**24. ¿La incapacidad del usuario para usar el transporte público se explica por la falta de alguna destreza, capacidad o habilidad esencial en la vida de esta persona?**

Sí                       No

*Si su respuesta fue afirmativa, explique:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**25. ¿Forma parte del tratamiento de esta persona llegar a viajar independientemente, incluso si se trata de un viaje sólo en la vecindad?**

Sí                       No

**26. ¿Puede el usuario esperar a la intemperie o al aire libre hasta 15 minutos?**

Sí                       No

*Continúe con la Declaración de la Verificación Profesional y las firmas obligatorias en la siguiente página.*

