

Solicitud de servicios MetroAccess de transporte de puerta a puerta para personas discapacitadas



Centro de Acceso al Transporte

600 5th Street, NW

Washington, DC 20001

(202) 962-2700, seleccione la opción #5

Teléfono de texto (202) 962-2033

NO ENVÍE SU SOLICITUD POR CORREO

Todas las evaluaciones serán exclusivamente por cita

Gracias por su interés en los servicios del Metro para las personas discapacitadas. Los siguientes servicios están disponibles en función de los requisitos que la Dirección del Metro determine que usted reúne:

A) Programa de Pasaje Reducido para Personas Discapacitadas: Las personas discapacitadas que reúnen los requisitos viajan en metrobús y tren (*metrorail*) con facilidades de acceso pagando la mitad del pasaje normal (en horario pico) independientemente de la hora. Este programa está disponible para las personas discapacitadas que necesitan un servicio público de autobús y tren con facilidades de acceso. Para más información sobre el programa de Tarifa Reducida o para recibir una solicitud, por favor visite nuestro sitio web en http://www.wmata.com/accessibility/metroaccess_eligibility.cfm bajo la sección titulada “¿Como recibo una tarjeta de identificación de Metro para personas discapacitadas?” o llame el (202) 962-2700 y seleccione la opción 1 del menú telefónico.

B) Orientaciones gratuitas sobre el sistema del Metro (capacitación para pasajeros): El Metro proporciona capacitación gratuita individualizada para enseñarles a las personas discapacitadas cómo viajar de manera segura e independiente por la región usando los sistemas de autobús y tren del Metro. Para más información, llame a la Oficina de Programas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) al 202-962-1558.

C) Acceso al Metro (MetroAccess): Servicio de transporte alternativo compartido, de puerta a puerta, para personas discapacitadas que no pueden usar el servicio público normal de autobús y tren con facilidades de acceso. La ADA plantea ciertos criterios específicos a modo de determinar la elegibilidad para recibir servicios de transporte alternativo; es necesaria una evaluación en persona. MetroAccess funciona en toda la zona metropolitana donde hay un servicio normal de autobús o tren. El servicio se proporciona en Washington, D.C.; los condados de Montgomery y Prince George en Maryland; y los condados de Arlington y Fairfax, y las ciudades de Alexandria, Fairfax y Falls Church, en Virginia.

Para solicitar este servicio usted y su proveedor de servicios de salud deben de completar esta solicitud. Por favor lea y siga las instrucciones en la pagina 2.

Instrucciones

- Paso 1** Lea toda la solicitud y llene la Parte A.
- Paso 2** Lea las **Alternativas de Transporte con Facilidades de Acceso para las Personas Discapacitadas y de la Tercera Edad en la Zona Metropolitana de Washington, D.C.** que se incluyen en este paquete de solicitud y que también están disponibles en http://www.wmata.com/accessibility/doc/Accessible_Transportation_Options.pdf
- Paso 3** Lleve la solicitud completa con un **profesional de la salud acreditado o con permiso vigente para ejercer en el campo de su discapacidad** para que llene la Parte B. Uno de los siguientes profesionales de la salud debe certificar la solicitud: un doctor, un auxiliar médico, una enfermera de medicina familiar, un optometrista (discapacidades de vista únicamente), un podólogo (discapacidades del pie o tobillo únicamente), o un psicólogo clínico acreditado (discapacidades psicológicas únicamente). Es su responsabilidad asegurarse de que el Centro de Acceso al Transporte del Metro reciba la solicitud original el día de su cita.
- Paso 4** Una vez que llene la solicitud, llame al Centro de Acceso al Transporte al 202-962-2700 y seleccione la opción 5 (al 202-962-2033 - teléfono de texto) para llevar a cabo una entrevista de pre-evaluación. Ahí se determinará la clase de reunión o de evaluación necesaria y se le dará una cita. Por favor tenga su solicitud a la mano cuando llame. Igual, asegúrese de comunicarse con la oficina dentro de 60 días de la fecha en la cual firmo la solicitud el profesional de salud. No se aceptaran solicitudes con firmas fechadas más de 60 días atrás. ***Se le indicará que lleve consigo su solicitud original llena a la cita. No envíe la solicitud por correo ni intente de enviarla por fax. NOTA: Requerimos 24 horas de notificación si necesita cancelar su cita con la excepción de una emergencia. Si no se presenta o si cancela dos de sus citas, tendrá que presentar una nueva solicitud.***
No se aceptarán copias, faxes ni solicitudes escaneadas. Tampoco se aceptarán solicitudes con información incompleta y se les regresarán a los solicitantes sin tramitar. Las solicitudes recibidas por correo se les enviarán de regreso a los solicitantes con la indicación de llamar al Centro de Acceso al Transporte.
- Paso 5** La Dirección del Metro determinará si usted reúne los requisitos en función de cómo su discapacidad afecta su uso del servicio público de autobús y tren ligero con facilidades de acceso. La evaluación tendrá lugar en el Centro de Acceso al Transporte. Si usted usa un andador, debe traerlo consigo a la evaluación. Si necesita transporte, hágaselo saber al representante del Centro de Acceso al Transporte del Metro al momento de su entrevista telefónica.

Si tiene alguna pregunta o si necesita información adicional, por favor comuníquese con el Centro de Acceso al Transporte del Metro llamando al 202-962-2700 y seleccione la opción 5, o al 202-962-2033 (teléfono de texto), o escribiendo a eligibility@wmata.com. Favor de no traer niños a la cita si no son solicitantes para el servicio. La oficina abre los lunes, miércoles, jueves y viernes de 8 a.m. a 4 p.m., y los

martes de 8:00 a.m. a 2:30 p.m. El horario está sujeto a cambios sin previo aviso. La atención telefónica está disponible a partir de las 8:30 todos los días. Por favor llame con antelación.

Actualmente soy un cliente de MetroAccess. Número de tarjeta de identificación: _____

Actualmente soy un cliente de Tarifa Reducida. Número de Tarjeta de Identificación: _____

Parte A: INFORMACIÓN Y PERMISO DEL SOLICITANTE (no se aceptarán copias, faxes ni solicitudes escaneadas)

Apellidos _____ Nombre _____ Segundo nombre (inicial) _____

Dirección: _____ Núm. de apartamento: _____

Ciudad, estado y código postal: _____ Condado o ciudad: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ___/___/___

Correo electrónico: _____

Teléfono principal: () _____ Casa Celular Trabajo

Teléfono secundario: () _____ Casa Celular Trabajo

¿A quién debe notificársele en caso de emergencia?

Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: () _____

Dispositivos para moverse: ¿Necesita usar un andador cuando viaja? No Sí

Marque todos los que apliquen: Silla de ruedas Bastón Tanque de oxígeno portátil

Silla de ruedas eléctrica o *scooter* (de hasta 122 cm x 76 cm y no más de 272 kg con todo y ocupante)

Muletas Andadera Bastón para invidentes Otro: _____

¿Usa un lazarillo para discapacitados? No Sí A veces

De responder que sí, por favor describa la clase de animal y qué servicio(s) está adiestrado para desempeñar:

Recorridos frecuentes: Por favor anote los dos recorridos que usted hace con más frecuencia.

De (lugar y dirección)

A (lugar y dirección)

1. _____

2. _____

¿Qué obstáculo(s) le impide(n) usar el transporte público? Le pediremos que nos provea más detalles sobre estas barreras en su cita de evaluación.

- No hay una vía accesible hasta la parada de autobús
- No hay rampas en las aceras
- No hay aceras
- No hay caseta en la parada de autobús
- No hay banca
- No hay señalamientos acústicos para los peatones
- No hay señalamientos en Braille ni marcas táctiles para identificar la parada de autobús
- Los automóviles se estacionan en la parada de autobús
- Otro: _____
- Ninguno; puedo usar el transporte público de manera independiente.

Hago constar, a mi mejor saber y entender, que la información proporcionada en esta solicitud es correcta.

Firma original del solicitante: _____ **Fecha:** _____

(Firma del padre o tutor si es menor de 18 años)

Certifico que tengo la autoridad legal para llenar esta solicitud o que cuento con el permiso del solicitante para hacerlo.

Se adjunta una copia del poder o de otra autorización escrita.

Nombre:

Relación con el solicitante:

Firma:

Teléfono: () _____

Dirección:

Ciudad/estado/código postal

Parte B: CONSTANCIA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

La Parte B debe llenarla un profesional de la salud acreditado o con permiso vigente para ejercer en el campo de la discapacidad del solicitante, como se establece en la página 2.

Su paciente ha solicitado enlistarse para recibir los servicios de MetroAccess. MetroAccess es un servicio de transporte alternativo compartido, de puerta a puerta, para personas cuyas discapacidades les impiden usar el sistema de rutas fijas con facilidades de acceso, siempre o parte del tiempo. Como el profesional de la salud que atiende al solicitante, usted está excepcionalmente calificado para explicar cuáles son sus capacidades y limitaciones fisiológicas al usar los sistemas de autobús y tren ligero con facilidades de acceso del Metro. Para determinar las capacidades fisiológicas de este solicitante, necesitamos que usted llene y certifique las siguientes secciones. Por favor documente cómo es que la(s) discapacidad(es) del solicitante afecta(n) su capacidad para abordar el transporte, orientarse y viajar usando el sistema de rutas fijas.

Autorización del usuario en apego a la ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA): Yo, _____, autorizo al profesional de la salud que llena esta solicitud para que divulgue a la Dirección de Transporte de la Zona Metropolitana de Washington (Metro) cualquier información de salud protegida acerca de mi discapacidad, a fin de verificar que reúno los requisitos para recibir los servicios del Metro para personas discapacitadas. También autorizo la divulgación de otra información, de necesitarse para esta solicitud, por un período de 60 días a partir de la fecha en que firme la parte A de la misma.

Se recomienda llevar a cabo una breve evaluación fisiológica de _____ (nombre del solicitante) a fin de determinar si reúne los requisitos para recibir los servicios del Metro para personas discapacitadas.

1. **Nombre del profesional de la salud** (por favor escríbalo): _____
 2. **Teléfono:** () _____
 3. **Número de permiso/estado de expedición:** _____
 4. **Dirección y número de apartamento:** _____
 5. **Ciudad, estado y código postal:** _____
 6. **Especialidad:** _____
 7. **Diagnóstico(s) específico(s), *incluyendo* el o los códigos de ICD o DSM:** _____
-

8. HIPERTENSIÓN: La elegibilidad para recibir los servicios se determina mediante una evaluación fisiológica, misma que lleva a cabo un terapeuta autorizado para ejercer o acreditado por el Centro de Acceso al Transporte. A los solicitantes puede pedírseles que caminen o viajen hasta ¼ de milla. Para salvaguardar la seguridad del solicitante, se lleva a cabo una medición de su presión arterial antes de

comenzar la evaluación. Si la presión arterial del solicitante es de **160/100 o más** en estado de reposo, la evaluación se suspenderá hasta que el profesional de la salud certifique que puede completarla. Si actualmente atiende al solicitante por problemas de hipertensión y hace constar que él o ella está en condiciones de completar la evaluación fisiológica, procederemos sin remitirlo de nuevo con usted para su evaluación y certificación.

9. ¿Atiende usted actualmente a este solicitante por problemas de hipertensión? No Sí

10. ¿Puede este solicitante proceder con la evaluación fisiológica como se describe arriba si su presión arterial no pasa de _____?

11. ¿Necesita el solicitante alguien que lo ayude (un PCA) para usar el transporte público?

No Sí A veces

12. ¿Necesita el solicitante alguno de los dispositivos que se listan en la pregunta 13 para moverse?

No Sí A veces

13. marque todos los que apliquen: Silla de ruedas Bastón Tanque de oxígeno portátil

Silla de ruedas eléctrica o *scooter* Muletas Andadera Bastón para invidentes

Otro: _____

14. ¿De qué duración se anticipa será la discapacidad?

De corto plazo: Condiciones que duran al menos 90 días, pero que es probable que mejoren en el plazo de un año.

De largo plazo: Condiciones con absolutamente poca expectativa de mejora.

15. ¿La(s) discapacidad(es) de este solicitante le impiden usar los sistemas de autobús y tren con facilidades de acceso de manera independiente?

No Sí A veces.

De responder que sí o a veces, ¿en qué casos su(s) discapacidad(es) le impediría(n) usar los sistemas de autobús y tren con facilidades de acceso?

16. En su opinión como médico, ¿CÓMO afecta la discapacidad o condición médica la capacidad del solicitante para viajar de manera independiente de un lugar a otro?

17. Si actualmente este solicitante está tomando medicamentos, ¿reducirán o entorpecerán sus efectos secundarios su capacidad para usar los sistemas de autobús y tren con facilidades de acceso de manera independiente?

No Sí N/A

Si respondió que *sí* a esta pregunta, por favor explique cómo es que los efectos secundarios entorpecerían la capacidad de este solicitante para usar las rutas fijas de los sistemas de autobús y tren con facilidades de acceso:

CUESTIONES AMBIENTALES QUE AFECTAN AL SOLICITANTE

En función de la(s) discapacidad(es) del solicitante, por favor díganos si los siguientes factores ambientales afectan su capacidad para usar los sistemas de autobús y tren ligero con facilidades de acceso del Metro.

18. ¿Afectarían la humedad o el calor extremo la capacidad de este solicitante para usar el metrobús o el tren (*metrorail*)?

No Sí A veces

De responder que sí o a veces, por favor explique el efecto y el alcance de la limitación o limitaciones

19. ¿Afectaría el frío extremo la capacidad de este solicitante para usar el metrobús o el tren?

No Sí A veces

De responder que sí o a veces, por favor explique el efecto y el alcance de la limitación o limitaciones

20. ¿Afectarían la nieve o el hielo la capacidad de este solicitante para usar el metrobús o el tren?

No Sí A veces

De responder que sí o a veces, por favor explique el efecto y el alcance de la limitación o limitaciones

21. ¿Afectaría una mala calidad del aire la capacidad de este solicitante para usar el metrobús o el tren?

Sí No A veces

De responder que sí o a veces, por favor explique el efecto y el alcance de la limitación o limitaciones

22. ¿Qué otros factores ambientales podrían afectar la capacidad de este solicitante para usar el metrobús o el tren?

Hago constar que la información proporcionada en esta solicitud es correcta.

Firma original del médico o profesional de la salud: _____

(Nota: La firma debe de ser a mano y no una firma por sello)

Nombre Escrito: _____ **Fecha:** _____

Una constancia falsa puede denunciarse ante la agencia que otorga los permisos, de conformidad con la Sección 2-3305.15 del Código Anotado del Distrito de Columbia, el 54.1-2915 del Código de Virginia o el 14-404 del Código Anotado de Profesiones de la Salud de Maryland, o el código correspondiente del estado de expedición del permiso. La Dirección del Metro se reserva el derecho de: 1) verificar la validez del permiso del profesional de la salud que proporciona la constancia; 2) tomar la decisión definitiva en cuanto a la elegibilidad de un solicitante para recibir servicios del Metro para personas discapacitadas; y 3) conservar una copia de esta solicitud.