

## Solicitud para Vista Transit para Servicio de la Acera

(Eligibilidad para pasajeros de movilidad limitada que no pueden usar el servicio de rutas Fijas)

### Parte I: Información del Solicitante (letra de molde, por favor)

Nombre y Domicilio del Solicitante

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Enmedio: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Regrese esta Solicitud Completada incluyendo:

- |           |                               |                             |
|-----------|-------------------------------|-----------------------------|
| Parte I   | Información del Solicitante   | (una página)                |
| Parte II  | Forma de Liberar Información  | (una página)                |
| Parte III | Verificación Profesional      | (dos páginas)               |
| Parte IV  | Asistente de Cuidado Personal | (una página/Solo si aplica) |

To:  
Vista Transit  
401 Giulio Cesare Ave.  
Sierra Vista, AZ 86535

Si tienes cualquier pregunta, por favor de llamar a la oficina de Vista Transit al 520-417-4888.

---

Solicitud para Elegibilidad para Servicio de la Acera:

*(Llenado solo por empleados de Vista Transit)*

Aprobado y Emitido Fecha: \_\_\_\_\_

No Aprobado Razon: \_\_\_\_\_

Información del Proceso de Apelación Fecha: \_\_\_\_\_

Por: \_\_\_\_\_  
Vista Transit

## Solicitud para Vista Transit para Servicio de la Acera

(Eligibilidad para pasajeros de movilidad limitada que no pueden usar el servicio de rutas Fijas)

### Parte II Forma de Liberar Informacion

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial de Enmedio: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ # de Apartamento: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Con el fin de que Vista Transit evalúe su petición, quizás sea necesario contactar a un profesional para confirmar la información provista por usted o contestar preguntas adicionales.

El siguiente profesional está familiarizado con mi discapacidad y habilidades funcionales y está autorizado para proveer información requerida a Vista Transit. En el espacio provista abajo, por favor provea el nombre y la información de un profesional que está familiarizado con sus habilidades.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primero Inicial Apellido

Domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

Telefono: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Yo confirmo que la información provista en esta solicitud es correcta. Yo entiendo que si mi solicitud se encuentra no elegible, que puedo apelar tal determinación dentro de 60 días calendario y que me avisarán del procedimiento de tal apelación. Por lo tanto, autorizo a Vista Transit contacte al profesional o la agencia alistada arriba para que confirme la documentación de habilidades de función.

Firma del Solicitante o Mark: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo (para mark solamente) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Solicitud para Vista Transit para Servicio de la Acera

(Eligibilidad para pasajeros de movilidad limitada que no pueden usar el servicio de rutas Fijas)

### Parte III Verificación Profesional (Página 1 de 2)

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Medio: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Para el Solicitante:

Usa esta seccion para la solicitud de un profesional para verificación de tu incapacidad. Te sugerimos que lleves estas formas al manejador del caso, trabajador social, profesional del cuidado de la salud (enfermera, fisico terapeuta, especialista en rehabilitacion o doctor, etc.)

#### Guia Para el Repotre Profesional

Tu paciente/cliente ha requerido ser elegible para Vista Transit ADA servicio de Transportacion. Porque eres un profesional relacionado con esta solicitud, eres el unico calificado para ayudar a aclarar sus habilidades funcionales o limitaciones. Las siguientes son guias para usar Vista Transit ADA. Estas guias te ayudaran a entender el tipo de informacion que necesitamos para determinar si el solicitante es elegible para el servicio de acera o banqueta de Vista Transit ADA.

Las bases para ser elegible por Vista Transit es Americanos con Discapacidad Act (ADA). Esta basada en:

- Habilidad funcional para llevar a cabo de manera independiente tareas necesarias para uso del camion incluyendo : yendo a, y desde la parada del camion, subirse y pasarse en el camion y saber como usar el sistema en diferentes climas y ambientes.
- Si el individuo puede, o no llevar a cabo esas tareas (y lo opuesto si la tarea mas inconveniente o dificil).
- Si el individuo puede llevar a cabo estas tareas todo el tiempo solo bajo algunas circunstancias, o si la discapacidad le permitira al individuo hacer estas tareas. Ser elegibles Vista Transit ADA es unicamente para personas con habilidades funcionales y con reflejos habiles, para usar la parada del camion solo en algunas circunstancias (ejemplo: puede usar el camion si no son mas de dos cuadras parejas a la parada del camion, que no haya hielo, etc.)

Por favor, complete este adjunto y devuelvalo al solicitante o envielo por correo a:

Vista Transit  
401 Giulio Cesare Avenue  
Sierra Vista, AZ 85635

**Parte III Verificacion Profesional (Pagina 2 de 2)**

Nombre de Solicitante

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

1. Es el solicitante actualmente el paciente?

Si  No

2. El solicitante tiene una incapacidad funcional o cognitiva?

Si  No

“No puede llevar a cabo tareas necesarias para el uso del camion incluyendo: yendo a, y desde la parada del camion, subirse y pasarse en el camion y saber como usar el sistema en diferentes climas y ambientes.” *Nota: ADA excluye de ser elegibles cuya discapacidad sea embarazo, obesidad, alcoholismo cronico, adiccion a las drogas o enfermedad contagiosa..*

3. Le permite al paciente su discapacidad usar la ruta de Vista Transit de manera segura?

Si  No

**CERTIFICACION DEL CUIDADO DE SALUD PROFESIONAL:**

En mi juicio profesional esta solicitud de discapacidades: (marca solo una)

Discapacidad Permanente  Discapacidad Temporal por \_\_\_\_\_ meses.  
(Nota: No puede ser elegible por menos de 3 meses o mas 3 anos)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_

Licencia de Profesional de Arizona #: \_\_\_\_\_

Yo certifico que de acuerdo a mi conocimiento esta informacion es correcta y verdadera.

Firma: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe por correo la forma completa a:

Vista Transit  
401 Giulio Cesare Avenue.  
Sierra Vista, AZ 85635

## Solicitud para Vista Transit para Servicio de la Acera

(Eligibilidad para pasajeros de movilidad limitada que no pueden usar el servicio de rutas Fijas)

### Parte IV Asistencia Personal

Nombre de Solicitante:

Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Vista Transit ADA ParaTransito es un servicio de acera a acera. Los choferes no se les permite entrar en cualquier edificio para hallarte y asistirte hasta llegar a la acera o banquetausted deberia poder llegar al y desde la acera. Si no puede llegar al acera independientemente, deberias tener un amigo, pariente, o trabajador de cuidado de salud en casa asistirte con tus necesidades de movilidad.

Si necesitas un asistente que te provea servicio con el fin de podero viajar, debes llenar esta informacion para registra tu elegibilidad para viajar con asistente personal

Yo confirmo, que necesitare los servicios de cuidado de un asistente personal para poder viajar independiente. Un asistente de cuidado personal es alguien designado o empleado especificamente para ayodarme a completar por los menos una assignacion diaria de mis actividades en base regular.

Yo necesitare un Asistente de Cuidado Personal::

Permanente       Temporal       Ocasionalmente

Si temporal, provea duracion esperada: \_\_\_\_\_

Yo confirmo que la informacion provista es veridica

Firma de Solicitante o Mark: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo (para mark solamente): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_