



## Ciudad de Albuquerque

# Solicitud de servicio de Paratrásito de Sun Van

---

*Si necesita ayuda para completar este formulario, incluso en otros formatos, llame al (505) 724-3100.*

---

Gracias por su interés en los servicios de Sun Van para personas con discapacidades. Este paquete incluye información y formularios que necesita para solicitar la elegibilidad para los servicios de paratrásito de Sun Van. Como parte de los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) de 1990, todos los servicios de transporte público brindan servicio de paratrásito. Este servicio de transporte público se limita a personas que no pueden utilizar el transporte público regular de manera independiente (el autobús, ABQ RIDE o el tren), todo o parte del tiempo, a causa de una discapacidad o enfermedad.

La elegibilidad de Sun Van se basa en criterios "funcionales". La elegibilidad no se basa en ningún tipo de discapacidad, ayudas de movilidad utilizada, diagnóstico médico o edad, sino en la existencia de barreras que les impidan utilizar el autobús. El Paratrásito es un servicio "compartido" que funciona en los mismos horarios y en las mismas áreas que los autobuses de ruta fija.

La elegibilidad para el paratrásito de la Ley ADA se determina caso por caso. De acuerdo a las disposiciones de la Ley ADA, la elegibilidad se limita estrictamente a aquellas personas que tienen limitaciones específicas que les **impiden** utilizar el transporte público accesible, no a aquellos que tienen dificultad o inconvenientes para hacerlo.

**La elegibilidad de las personas están basados en cualquiera de las tres siguientes categorías:**

Las personas son elegibles para el servicio de paratrásito de la Ley ADA si su discapacidad les **impide**:

1. Ir y volver de las paradas de autobús o estaciones de tren dentro de la zona de servicio.
2. Utilizar los sistemas de ruta fija porque la ruta del autobús o la estación de tren no son accesibles.
3. Utilizar el sistema de manera independiente.

Se puede aprobar su solicitud para la elegibilidad total (incondicional), lo que significa que puede realizar todos sus viajes en Sun Van, o sobre una base condicional, en la que se determina que usted puede usar ABQ Ride para algunos de sus viajes. Si se determina que puede utilizar el autobús regular para todos sus viajes, sin la ayuda de otra persona, no será elegible para el servicio de paratransito.

Para ayudarnos a determinar su elegibilidad, complete la solicitud adjunta lo más completa y detalladamente posible. Si hay preguntas que no puede responder o si necesita ayuda para completar este formulario, llame al **Servicio de atención al cliente al (505) 724-3100**.

El formulario lo puede completar usted o con la ayuda de otra persona. Responda a todas las preguntas del formulario de solicitud a mano o con computadora. **Todos los formularios de solicitud deben cumplimentarse en su totalidad, de lo contrario les serán devueltos para que los complete antes de ser tramitados. Toda la información provista por el solicitante se mantendrá estrictamente confidencial.**

Al final de la solicitud, hay una exención médica en la que se pide autorización para ponerse en contacto con su proveedor de atención sanitaria si la información del formulario no está clara o es insuficiente para determinar si cumple los requisitos.

Envíe la solicitud completa por correo electrónico, o en persona, a la dirección que figura a continuación.

Una vez recibida la solicitud, lo llamaremos para acordar una entrevista telefónica o en persona. Las entrevistas de Sun Van son un requisito del proceso de elegibilidad. Deberá participar en la entrevista para completar el proceso. Para las entrevistas en persona, Sun Van le brindará transporte gratuito de ida y vuelta a la entrevista en caso de ser necesario. Las entrevistas en persona de Sun Van se realizan en:

Oficinas administrativas del Departamento de Tránsito  
Centro de transporte de Alvarado  
100 1<sup>st</sup> Street SW  
(situado en la esquina sureste de 1<sup>st</sup> Street y Central Avenue)

El trámite de solicitud puede demorar hasta veintiún (21) días en ser completado a partir de la fecha de recepción de la solicitud. Una vez que el trámite de solicitud está completo, se le enviará una carta en la que se le indicará si es elegible, fecha de vencimiento de la certificación, condiciones de la elegibilidad (si aplica), si está autorizado a viajar en Sun Van con un Asistente de Cuidado Personal (PCA, por sus siglas en inglés), una tarjeta de identificación de Sun Van y un folleto titulado "Sun Van y Usted" en el que se describen los servicios de Sun Van.

Si no recibe una notificación de elegibilidad en el plazo de veintiún (21) días a partir de la fecha de la entrevista en persona, recibirá una elegibilidad presunta, que le permitirá viajar en Sun Van. El servicio Sun Van se prestará hasta que y a menos que Sun Van rechace la solicitud.

# Ciudad de Albuquerque

## Solicitud de servicio de Paratránsito de Sun Van

Complete esta solicitud lo más detalladamente posible y lo mejor que pueda. Si hay preguntas que no puede responder o si necesita ayuda para completar este formulario, llame al **Servicio de atención al cliente al (505) 724 - 3100**. Se deben responder todas las preguntas de la solicitud para que se considere completa. En caso contrario, se le devolverá para que la complete.

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

#### ESCRIBA o IMPRIMA EN NEGRO O AZUL

Solicitante nuevo                       Recertificación. N.º de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre:

\_\_\_\_\_

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido
---------------	----------------	----------

Calle: \_\_\_\_\_

N.º de departamento: \_\_\_\_\_

Complejo de departamentos o n.º de edificio: \_\_\_\_\_

Código de puerta: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: (    ) \_\_\_\_\_  Casa  Celular  Trabajo

Número de teléfono secundario: (    ) \_\_\_\_\_  Casa  Celular  Trabajo

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  Otro

Idioma de preferencia: Inglés Español  
Otro: \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: \_\_\_\_\_

Parentesco con el solicitante: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE DISCAPACIDAD Y ESTADO DE SALUD

1. ¿Qué discapacidad le han diagnosticado?

---

---

2. Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

3. ¿Su discapacidad le **IMPIDE** usar el autobús regular?

Sí No

En caso afirmativo, explique **CÓMO** su discapacidad le impide usar el autobús regular:

---

---

4. Las condiciones que describe son

Permanentes Temporales No lo sé

En caso de ser temporales, ¿durante cuánto tiempo espera que continúen? \_\_\_\_\_

---

5. ¿Cambia su discapacidad de un día para otro o según la estación del año?

Sí No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

---

6. ¿Las condiciones que describe cambian de un día para otro de manera tal que afectan su capacidad para usar el servicio de autobús regular?

- Sí, algunos días son buenas y otros son malas  No cambian  
 No lo sé

7. ¿Su discapacidad le dificulta comprender y recordar cómo ir y volver de la parada de autobús?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

---

## INFORMACIÓN DE MOVILIDAD

8. ¿Utiliza en la actualidad alguna ayuda de movilidad o equipo especializado?

- Sí  No

En caso afirmativo, elija la que corresponda:

- Aparato ortopédico  Silla de ruedas manual  Scooter  
 Bastón blanco  Prótesis  Muletas  
 Bastón  Silla de ruedas eléctrica  Animal asistente  
 Andador  Oxígeno portátil  
 Tableros/dispositivos de comunicación:  
 Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE VIAJES

9. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos frecuentes?

(Marque todas las opciones que correspondan):

- Autobuses  Sun Van  
 Taxi  Alguien me lleva  Otro \_\_\_\_\_

10. ¿Cuántas cuadras puede viajar con su ayuda de movilidad habitual y sin la ayuda de otra persona? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones lo describiría mejor si tuviera que esperar afuera a que lo recogieran?

Podría esperar por mi cuenta durante diez (10) a quince (15) minutos

Podría esperar por mi cuenta durante diez (10) a quince (15) minutos únicamente si cuento con asiento o refugio

Necesitaría que alguien espere conmigo porque \_\_\_\_\_

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones lo describen de mejor manera?

Nunca he usado el servicio regular de autobús. En caso negativo, explique el porqué

He usado el servicio regular de autobús, pero no desde el comienzo de mi discapacidad

Necesitaría que alguien espere conmigo o me ayude porque \_\_\_\_\_

Actualmente, uso el servicio de autobús de ruta fija

13. ¿El clima afecta su capacidad para utilizar el autobús regular?

Sí                       No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

14. ¿A qué distancia vive de la parada de autobús más cercana?

Menos de dos cuadras

De dos a cuatro cuadras

No lo sé con seguridad

De cinco a siete cuadras

Más de siete cuadras

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Indique los datos de contacto del profesional sanitario que lo trata, que esté familiarizado con su enfermedad y, en caso necesario, al que pueda contactarse para obtener información aclaratoria. Los siguientes profesionales sanitarios están autorizados a brindar información aclaratoria:

Médico (clínico u osteópata)      Enfermero acreditado      Psicólogo/Psiquiatra  
Terapeuta físico      Trabajador social clínico  
Terapeuta ocupacional      Especialista en rehabilitación  
Otro proveedor profesional autorizado familiarizado con su enfermedad y sus capacidades funcionales.

Para los solicitantes cuya solicitud se base en una discapacidad visual, los siguientes profesionales están autorizados a brindar información aclaratoria:

Oftalmólogo; Consejero Certificado en Rehabilitación (CRC, por sus siglas en inglés); Profesor Certificado en Discapacitados Visuales (CTVI, por sus siglas en inglés); Especialista Certificado en Orientación y Movilidad (COMS, por sus siglas en inglés), Profesor Certificado en Rehabilitación de Ciegos (CRTB, por sus siglas en inglés) y los titulares de la Certificación Nacional de Orientación y Movilidad (NOMC, por sus siglas en inglés),

Profesional sanitario:

---

Nombre	Apellido	Título (p. ej., Dr., Enfermero, Auxiliar médico)
--------	----------	--

Número de licencia/certificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de oficina: \_\_\_\_\_ N.º de Fax: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

# CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo que la finalidad de esta solicitud es determinar mi elegibilidad para los servicios de paratransito de Sun Van.

Al firmar esta solicitud, certifico que he respondido con veracidad a este formulario y que la información que he facilitado es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación de esta información podría causar la pérdida del servicio de paratransito.

Me comprometo a notificar a Sun Van en caso de no necesitar continuar utilizando el servicio de paratransito.

---

Firma del solicitante

---

Fecha

si el solicitante no puede firmar:

**Al firmar aquí, usted confirma que está autorizado para representar al solicitante mencionado en esta solicitud.**

---

Aclaración de firma del representante autorizado

---

Parentesco con el solicitante

---

Firma del representante autorizado

---

Fecha

Aviso: Es su responsabilidad notificarnos si su discapacidad cambia lo suficiente para cambiar su estado de elegibilidad. Si su condición mejora después de haber sido considerado elegible o si descubrimos que envió información falsa, su elegibilidad puede ser suspendida o se le puede solicitar que vuelva a completar la solicitud.