

Estimado profesional de atención médica:

El paciente que se menciona en el formulario de revelación adjunto está solicitando el servicio de paratransito de Grand Valley Transit. La información que usted dé al responder las preguntas del cuestionario adjunto ayudará a Grand Valley Transit a determinar la elegibilidad para el servicio de paratransito. Tenga en cuenta que este documento es de carácter urgente.

Debido a que hay mucha demanda de este servicio, los requisitos para calificar son estrictos. Para beneficio del solicitante, responda todas las preguntas de manera completa y precisa. Devuelva el cuestionario ya completado al solicitante, para que pueda entregar el paquete completo a Grand Valley Transit.

Según las directrices de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), el servicio de paratransito está disponible solo para las personas con discapacidades que no les permiten viajar en los autobuses de ruta fija. La persona podría no ser capaz de llegar de manera independiente a una parada de autobús o salir de ella, subir o bajar de un autobús o llegar con éxito a su destino. Tenga en cuenta que la elegibilidad para el servicio de paratransito de ADA no está basada en la edad, una condición médica, la incapacidad de manejar ni el uso de un aparato de movilidad en particular. La gravedad de una discapacidad no determina la elegibilidad. La comodidad y la conveniencia no son factores. La elegibilidad para el servicio de paratransito de ADA se basa en el EFECTO que una discapacidad tiene en la capacidad de su paciente para usar el sistema normal de autobuses de ruta fija de Grand Valley Transit con equipo accesible.

Toda la información que proporcione se mantendrá confidencial. Si tiene alguna pregunta, llame al 970-623-8469.

Gracias por su ayuda,
Servicios de paratransito de Grand Valley Transit

Información del paciente

Esta información es necesaria en caso de que la Solicitud del proveedor médico se entregue sin la Solicitud del solicitante. ¡Gracias!

Nombre del paciente: _____

Dirección del paciente: _____

Teléfono del paciente: _____

Preguntas generales sobre la discapacidad

Describe la discapacidad o discapacidades diagnosticadas que actualmente está tratando en esta persona:

Marque todas las opciones que se aplican

La discapacidad del paciente es:

☐ Permanente ☐ Estable ☐ Progresiva ☐ Temporal

¿Por cuánto tiempo? Meses: _____ Años: _____

La discapacidad del paciente:

☐ Afecta la movilidad ☐ Afecta el juicio ☐ Exige el uso de un aparato de movilidad

¿Puede su paciente:

A. Caminar dos cuadras (600 pies) con su aparato de movilidad? ☐ Sí ☐ No

B. Subir tres escalones estándar sin ayuda? ☐ Sí ☐ No

C. Permanecer de pie sin apoyo durante 15 minutos? ☐ Sí ☐ No

D. Caminar o permanecer de pie sin dolor ni malestar debilitante? ☐ Sí ☐ No

E. Subir o bajar de un autobús de ruta fija equipado con un elevador o una rampa? ☐ Sí ☐ No

F. Reconocer las paradas y los puntos de referencia correctos para completar un viaje? ☐ Sí ☐ No

G. Escuchar y entender información verbal? ☐ Sí ☐ No

H. Leer y entender los letreros informativos? ☐ Sí ☐ No

I. Planificar un viaje usando el transporte público? ☐ Sí ☐ No

J. Comunicar información personal? ☐ Sí ☐ No

Preguntas específicas sobre la discapacidad

Código ICD 11/DSM de las condiciones que está tratando: _____

Puntuación de WHODAS (si menciona un trastorno cognitivo o psicológico): _____

En esta sección, complete solo las preguntas que se apliquen al solicitante.

¿Tiene el solicitante convulsiones? ☐ No ☐ Sí

¿Está afectado el juicio del solicitante? ☐ No ☐ Sí

¿Afecta esta condición la capacidad del solicitante para desplazarse de manera independiente fuera de su residencia o de un entorno supervisado?

☐ No ☐ Sí

¿Tiene el solicitante alucinaciones, delirios o disociación? ☐ No ☐ Sí

¿Impide esto que el solicitante esté orientado respecto a su persona, el lugar y el tiempo?

☐ No ☐ Sí

Describa cualquier factor desencadenante que pueda hacer que se manifiesten los trastornos psicológicos.

Describa las limitaciones funcionales que causa esta deficiencia.

Preguntas sobre movilidad y seguridad

¿Tiene el solicitante una deficiencia visual que afecte su capacidad para desplazarse en su entorno?

☐ No ☐ Sí. Si respondió Sí, explique: _____

¿Ha recibido el solicitante alguna capacitación de orientación y movilidad?

☐ No ☐ Sí. Si respondió Sí, explique: _____

Mencione cualquier efecto secundario de los medicamentos que tenga el solicitante y que pueda afectar su transporte de manera segura.

¿Quiere agregar algún comentario más sobre la capacidad funcional del solicitante?

Declaración del proveedor

Dirección (número de la calle, ciudad, estado, código postal): _____

N.º de UPIN o ID fiscal del proveedor: _____

Empleador/agencia: _____

Soy un proveedor médico autorizado o un proveedor de servicios calificado y certifico que la persona mencionada arriba tiene la discapacidad y las limitaciones que se indican arriba.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Nombre del proveedor (en letra de molde): _____