



Aplicacion para el servicio de transportacion de Santa Fe Ride

Este paquete incluye información importante sobre su solicitud para el programa de Santa Fe Ride. El programa de Santa Fe Ride proporciona transporte para personas que no pueden usar el transporte público regular, parte o todo el tiempo debido a una discapacidad o condición relacionada con la salud.

Para poder utilizar el programa de Santa Fe Ride, debe estar certificado como elegible. La elegibilidad se determina caso por caso. Según las regulaciones de America con Discapacidad, la elegibilidad se limita estrictamente a aquellos que tienen limitaciones específicas que les impiden usar el transporte público accesible.

Al enviar su solicitud usted puede ser aprobado para la elegibilidad completa (incondicional) o en una base limitada para algunos viajes solamente (elegibilidad condicional). Si se encuentra que es capaz de utilizar el transporte regular de autobús y tren para todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, usted no será elegible para nuestra transportacion (Paratransit).

Para determinar si usted es elegible para el servicio de transportacion (Paratransit) de America con Discapacidad, por favor llene la solicitud adjunta por completo, las solicitudes incompletas serán enviadas de vuelta. También hay una sección para que su proveedor de atención médica llene. Por favor, asegúrese de que todas las preguntas sean contestadas. **NO AGREGUE NI ALTERE LA PORCIÓN DEL DOCTOR DE LA APLICACIÓN HACIENDOLO LO ANULARÁ Y SERÁ ENVIADO DE VUELTA.** Toda la información proporcionada por el solicitante se mantendrá estrictamente confidencial. Si usted tiene cualesquiera preguntas en llenar la aplicación, sienta por favor libre de entrar en contacto con nuestra oficina al (505) 473-4444.

La incapacidad por sí sola no establece la elegibilidad del servicio de Transportacion (Paratransit) de America con Discapacidad; la decisión se basa únicamente en la capacidad funcional del solicitante para utilizar el servicio de transporte de ruta fija de Santa Fe Trails. Santa Fe Ride es para aquellos que no tienen las capacidades funcionales para acceder y montar el servicio regular de tránsito fijo de ruta.

Un proceso de solicitud completado puede tardar hasta veintiún (21) días calendario de envío. Si Santa Fe Ride no ha hecho una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días de recibir una solicitud completada, el solicitante será tratado como elegible y proporcionado servicio hasta y a menos que Santa Fe Ride deniegue la solicitud. Una vez que recibimos la solicitud nos pondremos en contacto con usted para venir a una entrevista para determinar su elegibilidad. Proporcionaremos transporte gratuito hacia y desde la entrevista si es necesario. El programa Santa Fe Ride sólo transporta en los límites de la ciudad de Santa Fe. Santa Fe Ride es un servicio de "origen a destino" y la acera para frenar el transporte es el medio principal por el cual se proporcionará el servicio.

Gracias por su interés en el programa Santa Fe Ride, usted puede enviar su solicitud al servicio de tránsito P.O. Box 909 Santa Fe, NM 87507 o traer a la oficina, o puede ser enviada por fax a (505) 955-2049.



Aplicación de transportacion para personas con discapacidad.

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por la Ciudad de Santa Fe para la prestación de servicios de transporte. La información sólo se compartirá con otros proveedores de tránsito para facilitar los viajes en esas áreas. La información no se proporcionará a ninguna otra persona / agencia.

o Solicitante por primera vez

o Solicitante de Renovación – Numero de Tarjeta # _____

1. Nombre _____
2. Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Area _____
Postal _____
Direccion De Correo Si Es
Diferente _____ Ciudad _____ Estado _____
Area Postal _____
3. Numero De Telefono (Casa) _____
Celular _____ Trabajo _____
4. Fecha De Nacimiento ____/____/____
5. Marque todas las que apliquen: Hispano ____ Asiatico ____ Nativo Americano ____
Afroamericano ____ Caucasico ____ Otro ____
6. Idioma Principal: (Ingles) ____ (Espanol) ____ (otro) ____
7. Veterano; (si) (no) , Si es veteran porfavor demuestre documentasion apropiada
8. Cuál de las siguientes opciones describe mejor su discapacidad?

- A.** La condición que tengo me impide utilizar el sistema de las rutas de camiones (Santa Fe Trails Bus Service) permanentemente.
- B.** Mi condición es temporal y yo debería ser capaz de utilizar el sistema de las rutas de camiones (Santa Fe Trails Bus Service) el (fecha). ____/____/____
- C.** Mi condición es intermitente el ____% del tiempo y no voy a a poder ser capaz de utilizar el sistema de rutas de camiones. (Santa Fe Trails Bus Service)

9. ¿Cambia su discapacidad día a día o estacionalmente?

_____ Si _____ No

Si es así, por favor explique: _____

10. ¿Las condiciones que describe cambian de un día a otro de una manera que afecte su capacidad para viajar en el servicio de autobús regular

_____ Si, Vienen en unos días, mal en otros. _____ No, Nunca Cambia. _____ No lo se.

11. Como su discapacidad le impide usar el servicio de las rutas de camiones (Santa Fe Trails Bus Service)? Explíquelo por completo. Use hojas adicionales si es necesario.

12. ¿Sería posible de llegar a y regresar de la parada de transporte público más cercana a su casa?

_____ Si _____ No _____ Alveces

Si no o alveces, por favor explique porque?

13. Como describirias el terreno donde vives? (ejemplo..., colina planas, empinadas, Colinas de pendiente gradual)

14. Su discapacidad le dificultad comprender y recorder como encontrar su camino hacia y desde la parada de autobus
___ Yes ___ No

15. Hay otros efectos de su discapacidad de los cuales debemos estar conscientes?

La siguiente información será usada para asegurar que un vehículo apropiado sea utilizado para proveer su transporte y que un análisis exacto de sus solicitudes de viaje pueda ser hecho por la Ciudad de Santa Fe.

16. Usa alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (marque todo lo que corresponda)

☐ Silla de ruedas manual ☐ Caña ☐ Animal de Servicio
☐ Scooter motorizado ☐ Caminante ☐ Asistente de Cuidado Persona
☐ Silla de ruedas eléctrica ☐ Muletas

17. Si usa silla de rueda manual o (eléctrica) el peso combinado de usted y la silla es mas de 800 libras

☐ SI ☐ NO ☐ NO APLICA

18. Si usa silla de rueda manual o (electrica), su residencia tiene una rampa de sillas de ruedas?

☐ YES ☐ NO

Si no tiene aseso, cuantos escalones tiene? _____

Si Mas de un (1) Escalon, como transporta su silla de rueda al nivel de la calle.

19. Necesita un cuidador personal cuando viaja con transporte public?

☐ Yes ☐ No

20. Por favor conteste todas las siguientes preguntas.

- **Puede viajar una cuadra sin la ayuda de otra persona?**

☐ SI ☐ NO ☐ A veces

- **Puede viajar 5 cuabras sin la ayuda de otra persona?**

☐ SI ☐ NO ☐ A veces

- **Puede subir tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia?**

☐ SI ☐ NO ☐ A veces

- **Puede esperar afuera si apoyo por 10 minutos?**

☐ SI ☐ NO ☐ A veces

21. Cual de las siguientes declaraciones major describe su situasion si tiene que esperar afuera por su tranporte

- ☐ Podria esperar por 10 a 15 minutos con o sin asistencia dispositivo movil
- ☐ Podria esperar por 10 a 15 minutos nadamas si tuviera un asiento o dispositivo Movil.
- ☐ Nesesitaria que alguien estuviera con migo esperando porque?
-

22. Yo aseguro que la informacion dada es corecta?

Firma _____ **Fecha** ____/____/____

23. Nombre de contacto de emergencia _____

Numero de Telefono _____

Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita el servicio, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre _____

Direccion _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____

Area Postal _____ **Numero de Telefono** _____

Firma _____ **Fecha** ____/____/____

Regresa Forma: TRANSIT SERVICE

P.O. BOX 909

SANTA FE, NM 87504-0909



LIBERACION DE INFORMACION

Para permitir que la Ciudad de Santa Fe evalúe su solicitud, puede ser necesario comunicarse con el médico o otro profesional con licencia para confirmar la información que proporcionarán cuando presente lo siguiente: "Solicitado para verificación profesional". Envíe únicamente las solicitudes completas, las solicitudes incompletas no se procesarán.

La persona que complete el formulario de "Solicitud verificación profesional" es: (marque uno)

_____ Medico _____ Profesional de la Salud
_____ Profesional de rehabilitacion

Esta persona está familiarizada con los efectos de mi discapacidad y está autorizada para completar la verificación profesional de la Ciudad de Santa Fe requerida para completar este proceso de certificación.

Nombre _____
(Nombre de Medico o Profesional)

Direccion _____
(Direccion de Medico o Profesional)

Ciudad _____ Estado _____ Postal _____

Telefono de día _____ Numero de Fax _____

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____
(Nombre de Apicante)

**Las siguiente formas son en ingles para su medico o
Profecianal!!**



REQUEST FOR PROFESSIONAL VERIFICATION

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN, NURSE OR STATE LICENSED SOCIAL WORKER. ANY ALTERATIONS, DELETIONS OR ADDITIONS BY APPLICANT SHALL MAKE THIS APPLICATION VOID.

Note: Questions #1 through #6 must be completed by **ONLY** the Physician, Nurse or State Licensed Social Worker to process the application. If the application is incomplete it will be mailed back.

Dear _____,
(Physician's Name)

The attached authorization form has been submitted by _____
(Applicant's Name)

Has indicated that you can provide information regarding his/her disability and its impact upon his/her ability to utilize our fixed route transit service (Santa Fe Trails Bus Service). Federal law requires that the City of Santa Fe provide paratransit services to persons who cannot utilize available bus service (Santa Fe Bus Service). The information you provide will allow us to verify his/her medical condition and how it effect of their ability to get around on their own. Your evaluation of each person must be based solely upon their functional abilities to use regular fixed route transit service, not on their age or medical diagnosis. Thank you for your cooperation in this matter. **All questions must be answered for this form to be considered complete.**

If you have any questions call (505) 955-2002

1. Capacity in which you know the applicant:

I am his/her _____.
(patient's name)

2. Which of the following best describes your client's (patient's) disability?

- _____ a. The condition is permanent
_____ b. The condition is temporary and he/she should be able to use the fixed route system (Santa Fe Trails Bus Service) by _____ (date).
_____ c. The condition is intermittent _____ % of the time and he/she will not be able to use the fixed route system (Santa Fe Trails Bus Service).

If you selected C please explain you answer

3. If the person has a disability affecting mobility, is the person:

Able to walk one city block without the assistance of another person?

_____ Yes _____ No _____ Sometimes

Able to travel 5 city blocks without the assistance of another person?

_____ Yes _____ No _____ Sometimes

Able to climb three 12-inch steps without assistance?

_____ Yes _____ No _____ Sometimes

Able to wait outside without support for ten minutes?

_____ Yes _____ No _____ Sometimes

Does this person use any mobility aids? If so what?

Does this person require a private care attendant when traveling public transportation (Santa Fe Ride)?

_____ Yes _____ No _____ Sometimes

4. If the person has a visual Impairment:

Visual Acuity with Best Correction:

Right eye _____ Left eye _____ Both Eyes _____

Visual fields:

Right eye _____ Left eye _____ Both Eyes _____

Can the person read 12 inch font print? _____ yes _____ no

5. If the person has a cognitive disability:

Is the person able to:

Give addresses and telephone number on request?

_____ No _____ Yes

Recognize a destination or landmark?

_____ No _____ Yes

Deal with unexpected situations or unexpected change in routine?

_____ No _____ Yes

Ask for, understand, and follow directions?

_____ No _____ Yes

Safely and effectively travel through crowded and/or complex facilities?

_____ No _____ Yes

6. Please describe below in detail what the disability of your patient is and what prevents them from using the Santa Fe Trails fixed route service.

7. Please indicate if the applicant has a physical or a mental disability, and is there any other effect of the disability of which the City of Santa Fe should be aware?

Physician Name (Print): _____

Office Address: _____

Office Phone Number: _____

Physician/Healthcare Professional Signature: _____ Date _____

**RETURN FORM TO: TRANSIT SERVICE
P.O. BOX 909
SANTA FE, NM 87504-0909**