

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD



Denton County Transportation Authority
604 East Hickory
Denton, Texas 76205

TEL: (940) 243-0077; FAX: (940) 387-1461

Estimado solicitante:

Valoramos su interés en el servicio Access de Denton County Transportation Authority (DCTA). Access es un servicio de respuesta a la demanda de acera a acera que se brinda a ciudadanos mayores y discapacitados. La solicitud adjunta determinará su elegibilidad para usar el servicio Access.

Access es una combinación del servicio ADA (Americans with Disabilities Act, Ley de estadounidenses con discapacidad) Paratransit, que exige la ley federal, y un servicio adicional que la DCTA elige proveer a los residentes mayores y discapacitados. La elegibilidad para el servicio ADA es más rigurosa, pero evita que a una persona se le nieguen viajes dentro de un radio de $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta fija. **Las personas que son aprobadas solo por edad, mayores de 65 años, o cuya discapacidad no evita que usen el servicio de ruta fija, serán consideradas no ADA.**

La solicitud debe estar completa y ser legible. El formulario adjunto de verificación de discapacidad del médico debe ser completado por un médico, proveedor de atención de salud matriculado o trabajador de rehabilitación/social que conozca su discapacidad. Si están incompletas, las solicitudes se devolverán a los solicitantes y no serán procesadas.

Luego de que DCTA recibe su solicitud completa, es posible que se comunique con usted para programar una entrevista en persona para ayudarlo a determinar su elegibilidad. Usted recibirá transporte gratuito para llegar y volver de la entrevista, a pedido.

Recibirá una carta con la determinación dentro de 21 días. Si requiere asistencia para completar esta solicitud, puede llamar a nuestra oficina al 940-243-0077 o 18663353033 TDD.

Nuevamente, le agradecemos su interés en los servicios Access de DCTA.

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD



Devolver solicitud completa a
 Denton County Transportation Authority
 604 East Hickory Denton, Texas 76205
 TEL: (940) 243-0077; FAX: (940) 387-1461

PARA USO ADMINISTRATIVO
SOLAMENTE

<u>Access -</u> <input type="checkbox"/> ADA incondicional <input type="checkbox"/> ADA condicional <input type="checkbox"/> Discapacitado elegible no ADA <input type="checkbox"/> Mayor elegible no ADA <input type="checkbox"/> Rechazada Fecha de revisión de la solicitud: _____ Fecha de vencimiento: <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> Otro _____ Aprobada por: _____	<u>Connect</u> <input type="checkbox"/> Pasajes reducidos <input type="checkbox"/> Pasajes sin cargo
--	--

¿Qué servicio está solicitando?

Servicio ADA _____

Servicio no ADA _____

PARTE I – Información general para que complete el solicitante (las personas que buscan elegibilidad solo por edad, 65 años o más, deben completar esta página únicamente).

 Nombre Hombre/Mujer Dirección de correo electrónico

 Dirección N. depto. Ciudad Código postal

 Dirección de correo postal Ciudad Código postal

 Teléfono particular Teléfono celular Teléfono del trabajo

Si es un barrio cerrado, indique el código del barrio _____

 Fecha de nacimiento Idioma principal

 Contacto de emergencia Dirección Teléfono

 Persona que ayudó a completar la solicitud

 Relación con el solicitante Teléfono

Tipo de medio de comunicación preferido ___ Letra normal ___ Letra grande ___ Correo electrónico

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

PARTE II – Información sobre la discapacidad y equipo de movilidad

Información sobre la discapacidad

Detalle cualquier enfermedad o discapacidad (permanente o temporal) y cómo afecta su capacidad para moverse o la forma en que evitaría que se traslade $\frac{3}{4}$ de milla, donde se encuentra la parada de autobús más cercana. Sea muy específico cuando describa su discapacidad y cómo lo afecta.

1. ¿Su discapacidad es permanente? ___ Sí ___ No

Duración esperada ___/___/___

2. ¿Alguna vez sufrió una convulsión? ___ Sí ___ No

Si su discapacidad principal es un trastorno convulsivo...

¿De qué tipo? _____

¿Con qué frecuencia? _____

¿Usa medicamentos para controlar las convulsiones? ___ Sí ___ No

3. ¿Utiliza alguno de los siguientes medios de movilidad auxiliares? (Marque todos los que correspondan).

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Animales de servicio |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica | <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Oxígeno portátil |
| <input type="checkbox"/> Motoneta | <input type="checkbox"/> Aparatos correctores | <input type="checkbox"/> Muletas |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

4. ¿Tiene alguna discapacidad visual que le impida transportarse por sí mismo?

___ No. ___ Sí. Explique _____

5. ¿Tiene alguna enfermedad cognitiva, mental o de memoria que le impida transportarse por sí mismo? ___ Sí. ___ No.

Movilidad

1. En los días en que su condición física es buena, ¿cuál es la distancia máxima que puede viajar sin ayuda de otra persona? (Con ayuda principal para movilidad si corresponde).

___ Hasta la acera en frente de su casa.

___ Hasta 1 cuadra (500 pies).

___ Hasta 2 cuadas.

___ Hasta 3 cuadas (1/4 de milla).

___ Hasta 4 cuadas.

___ Hasta 6 cuadas.

___ No puedo salir de mi casa por mis propios medios. Explique por qué:

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

2. En los días en que su condición física es mala, ¿cuál es la distancia máxima que puede viajar sin ayuda de otra persona? (Con ayuda principal para movilidad si corresponde).

Hasta la acera en frente de su casa.

Hasta 1 cuadra (500 pies).

Hasta 2 cuadras.

Hasta 3 cuadras (1/4 de milla).

Hasta 4cuadras.

No puedo salir de mi casa por mis propios medios. Explique por qué:

3. ¿Puede cruzar de forma segura las siguientes intersecciones? Marque sí o no.

En calles tranquilas pequeñas con poco tráfico (sin controles de tránsito).

En pequeñas intersecciones con controles de tránsito.

En intersecciones con varios carriles con controles de tránsito.

Explique por qué no:

4. ¿Puede usar pasamanos y barandas? Sí. No.

Explique por qué no: _____

5. ¿El clima afecta su capacidad para movilizarse o tomar el autobús? Sea específico.

No. Sí. En caso afirmativo, ¿de qué manera? _____

6. ¿Puede esperar de 10 a 20 minutos en una parada de autobús que tiene un asiento?

Sí. No. Explique por qué no: _____

7. ¿Puede esperar de 10 a 20 minutos en una parada de autobús que no tiene asiento?

Sí. No. Explique por qué no: _____

8. ¿Puede esperar de 10 a 20 minutos en una parada de autobús que no tiene refugio?

Sí. No. Explique por qué no: _____

9. ¿Puede subir y bajar del autobús con 3 escalones de 10 pulgadas?

Sí. No. Explique por qué no: _____

10. ¿Puede subir y bajar del autobús si tiene un elevador?

Sí. No. Explique por qué no: _____

11. ¿Su condición física cambia día a día?

Sí, mi condición es buena algunos días y muy mala otros días.

No, mi condición es igual todos los días.

12. ¿Puede cambiar de un autobús a otro?

Sí. No. Explique por qué no: _____

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

13. ¿Puede subir y bajar del autobús en la parada más cercana a su casa sin una persona que lo ayude? ___ Sí. ___ No. Explique por qué no: _____

14. ¿Puede seguir instrucciones escritas o verbales para pagar su pasaje de autobús? ___ Sí. ___ No. Explique por qué no: _____

15. ¿Puede reconocer cuándo debe subirse o bajarse del autobús? ___ Sí. ___ Con capacitación para viajar. ___ No. Explique por qué no: _____

16. ¿Puede realizar las siguientes funciones sin supervisión?

a) ¿Encontrar el camino entre ubicaciones conocidas?

Sí. No. Sí, con capacitación.

b) ¿Indicar al conductor del autobús que se detenga en una parada conocida y bajarse del autobús?

Sí. No. Sí, con capacitación.

c) En una parada de autobús con más de una ruta, ¿puede distinguir el autobús indicado e indicar que se detenga?

Sí. No. Sí, con capacitación.

17. Lea las siguientes afirmaciones y marque las que mejor describan la capacidad que usted piensa que tiene para usar el autobús de DCTA sin ayuda. Puede seleccionar más de una.

Puedo usar el autobús de DCTA para algunos viajes, pero en otras ocasiones no porque hay barreras que evitan que use el sistema.

Uso el servicio de autobús de DCTA con frecuencia.

Tengo dificultad para comprender y recordar todas las cosas que debo hacer para tomar y descender del autobús.

Creo que puedo aprender a tomar un autobús, si alguien me enseña.

Tengo una discapacidad visual, que evita que pueda subir y bajar del autobús, incluso con capacitación.

La gravedad de mi discapacidad puede cambiar día a día. Puede tomar el autobús solo cuando me siento bien.

Nunca puedo usar el autobús por mis propios medios.

Puedo subir y bajar del autobús si la distancia no es muy larga y la ruta no tiene obstáculos.

Capacidades cognitivas

1. ¿Puede decirme su nombre, dirección y número de teléfono si se lo preguntan? ___ Sí. ___ No. Explique por qué no: _____

2. ¿Puede indicarle al conductor su destino si se lo pregunta? ___ Sí. ___ No. Explique por qué no: _____

3. ¿Puede manejar dinero? Sí. No. Explique por qué no: _____

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

4. ¿Puede reconocer su destino o lugares de referencia? ___ Sí. ___ No. Explique por qué no:

5. ¿Puede pedir, comprender o seguir instrucciones verbales? ___ Sí. ___ No. ___ A veces. Explique:

6. ¿Puede usar el teléfono para obtener la información del autobús? ___ Sí. ___ No.

Explique por qué no: _____

7. ¿Puede, por sus propios medios, seguir instrucciones escritas o verbales para usar el autobús?
___ Sí. ___ No. Explique por qué no: _____

8. ¿Puede manejar los cambios de rutina inesperados? ___ Sí. ___ No. ___ A veces. Explique:

9. Si tiene una enfermedad mental ¿está tomando medicamentos para controlarla o como asistencia? Medicamentos: _____

10. ¿Existe algún problema de comportamiento debido a su enfermedad mental o cognitiva que DCTA deba saber? _____

PARTE III – Preguntas sobre el uso del servicio de autobús de ruta fija Connect

1. ¿Alguna vez utilizó el servicio de ruta fija de DCTA Connect, DART o The-T (Ft. Worth)?
___ Sí. ___ No.

2. ¿Utiliza actualmente el servicio DCTA Connect, DART o The-T (Ft. Worth)? ___ Sí. ___ No.
¿Qué rutas y con qué frecuencia? _____

3. ¿Ha participado en el programa de pasajes reducidos de DCTA (portadores de tarjetas Medicare y personas de 65 años o más) para el programa de rutas Connect o pasaje reducido regional? ___ No. ___ Sí. ¿Qué rutas y con qué frecuencia? _____

4. ¿Cuál es la parada de autobús más cercana (o punto para recogerlo) de su casa?

5. ¿Qué rutas del autobús de DCTA Connect pasan por su vecindario?

6. ¿Puede viajar hasta y desde la parada de autobús más cercana sin la ayuda de otra persona?
___ Sí. ___ No. ___ A veces. Explique: _____

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

7. ¿Cómo sabe cuándo y dónde debe bajarse del autobús cuando viaja en el servicio de rutas fijas de DCTA Connect?

Le pido al conductor que anuncie mi parada.

Escucho al conductor anunciarla en voz alta.

Pido ayuda a otros pasajeros.

Puedo ver mi parada desde el autobús.

Otro. Explique _____

8. ¿Cuándo fue la última vez que utilizó el autobús de DCTA Connect?

9. ¿Qué le resulta más difícil acerca de tomar el autobús de DCTA Connect?

10. ¿Qué situaciones específicas EVITAN que utilice el servicio de autobuses de DCTA Connect?

Capacitación para viajar

La capacitación para viajar está disponible de forma gratuita para todas las personas con discapacidades que podrían utilizar un autobús accesible. Sirve para que se familiarice con el servicio en general o como ayuda para aprender un viaje específico. La capacitación para utilizar las rutas fijas NO le quita elegibilidad para Paratransit.

1. ¿Alguna vez recibió capacitación sobre cómo utilizar el autobús? Sí. No.

2. ¿Completó la capacitación? Sí. No. Explique por qué no:

3. ¿Le interesaría recibir una capacitación para utilizar las rutas del autobús de DCTA Connect?

Sí. No. Explique por qué no _____

Sus viajes actuales

Enumere sus destinos más frecuentes

Destino

Cómo llega ahora

Con qué frecuencia va

Según la ADA, una discapacidad por sí sola no califica automáticamente a una persona para que utilice el servicio complementario de ACCESS ADA Paratransit de DCTA.

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

Una persona que vive dentro de $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta fija debe ser **funcionalmente incapaz** de llegar o utilizar el servicio de autobús de ruta fija de DCTA Connect para cumplir con los requisitos para utilizar el servicio ACCESS ADA Paratransit de DCTA.

PARTE IV: Escriba sus iniciales junto a todos los siguientes enunciados para indicar que leyó y comprende cada uno de estos enunciados. Entiendo mis derechos y responsabilidades para el servicio Access, que son los siguientes:

1. El servicio Access es transporte público y compartiré los viajes con otros pasajeros _____
2. Access no ofrece servicio de emergencia _____
3. Debo presentar mi identificación de Access y pagar el boleto cada vez que viajo _____
4. Cuatro "ausencias" en 30 días podrían tener como resultado la suspensión del servicio _____
5. Los operadores de Access pueden llegar 15 minutos antes o 15 minutos después del horario de recogida programado _____
6. Los operadores de Access solo esperarán 5 minutos desde el momento en que leguen _____
7. Los elevadores de sillas de ruedas soportan hasta 600 lb y miden 32 pulgadas de ancho. Entiendo que la suma de mi peso, mi silla de ruedas y los accesorios debe ser inferior a 600 lb. También entiendo que el ancho de mi silla de ruedas no puede superar las 32 pulgadas..... _____
8. Si necesitara un PCA (Personal Care Assistant, asistente de cuidado personal)/ asistente en el momento de la recogida y no tuviera uno, no podría viajar..... _____

Acuerdo del solicitante de Access ADA Paratransit de DCTA

Confirmando que toda la información brindada es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que mi solicitud y la verificación profesional de todas mis declaraciones serán devueltas si ambas partes no están completas. Entiendo que todas las declaraciones están sujetas a revisión y verificación. Cualquier declaración falsa, descripción incorrecta o negativa a brindar verificación profesional tendrá como resultado el rechazo de mi solicitud.

Acepto que si tengo certificación para recibir el servicio ADA Paratransit de DCTA, yo haré lo siguiente:

- * Pagaré la tarifa exacta para cada viaje.
- * Informaré a DCTA sobre cualquier cambio en mi condición o situación que pueda afectar mi elegibilidad.
- * Cumpliré con todas las políticas y procedimientos de DCTA.

Entiendo que no cumplir con las políticas y procedimientos de DCTA puede tener como resultado la suspensión del servicio o la revocación de mi solicitud y mi derecho de participar en el servicio ADA Paratransit de DCTA. Autorizo a DCTA a verificar todas las declaraciones con el profesional designado y autorizo a dicho profesional a divulgar cualquier información necesaria para completar el proceso de solicitud.

Firma del solicitante

Fecha de solicitud

Firma de la persona alternativa que completa

Fecha de solicitud

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD



Solicitud de elegibilidad para ADA Paratransit de
Denton County Transportation Authority –
Verificación profesional/médica

Denton County Transportation Authority
604 East Hickory Denton, Texas 76205
TEL: (940) 243-0077; FAX: (940) 387-1461

*****Nota*****
Este formulario debe completarse en su totalidad. Los formularios incompletos no serán procesados y serán devueltos al solicitante.

Persona que completa la verificación: _____

Título profesional o especialidad: _____

Relación profesional con el solicitante: _____

Número de licencia médica: _____

Nombre comercial/agencia _____ Número telefónico comercial _____

Dirección comercial _____ Ciudad Estado Código postal _____

Solicitante de ACCESS de Denton County Transportation Authority (DCTA): _____

Fecha de nacimiento _____ Número telefónico: _____

Instrucciones:

Responda todas las preguntas de la forma más completa posible y devuelva al solicitante de Access. Sea claro, conciso y específico.

El solicitante arriba mencionado luego lo devolverá a DCTA con su parte de la solicitud de elegibilidad para ACCESS ADA Paratransit.

Recuerde que analizamos **lo que una persona puede hacer, no solo si tienen una discapacidad.** Determinaremos si una persona puede utilizar nuestro servicio de autobús de ruta fija de DCTA Connect todo el tiempo, parte del tiempo o nunca.

Según la ADA (Americans with Disabilities Act, Ley de estadounidenses con discapacidad), una discapacidad por sí sola no es motivo suficiente para que una persona utilice el servicio complementario de ACCESS ADA Paratransit de DCTA. Una persona que vive dentro de $\frac{3}{4}$ de milla de una ruta fija debe ser **funcionalmente incapaz** de llegar o utilizar el servicio de autobús de ruta fija para cumplir con los requisitos para utilizar el servicio ACCESS ADA Paratransit de DCTA.

Hay una sección para que brinde cualquier información adicional que usted considere que debemos revisar para que la evaluación de la solicitud sea completa y justa.

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

Enfermedades y discapacidades – Verificación profesional

Enumere todas las enfermedades o discapacidades del solicitante. Para cada enfermedad, explique cómo podría afectar la capacidad de movilidad o evitar que viaje ¾ de milla por sí solo.

Capacidades cognitivas – Verificación profesional

1. ¿El solicitante podría proporcionar su nombre, dirección y número telefónico si se lo solicitaran? Sí. No. Explique por qué no: _____
2. ¿Podría el solicitante decirle su destino al conductor si se lo solicitara? Sí. No. Explique: _____
3. ¿Podría el solicitante reconocer el destino o puntos de referencia? Sí. No. Explique: _____
4. ¿Podría el solicitante pedir, comprender y seguir instrucciones? Sí. No. A veces. Explique: _____
5. ¿Sabría el solicitante cómo lidiar con cambios inesperados en la rutina? Sí. No. A veces. Explique: _____
6. ¿Podría el solicitante hacer un viaje en varios autobuses? Sí. No. Explique por qué no: _____
7. ¿El solicitante tiene alguna enfermedad mental o cognitiva diagnosticada? Sí. No. Nombre: _____
8. Si tiene un trastorno mental, ¿se está tratando o controlando con medicamentos? Sí. No. Medicamentos: _____

Movilidad física – Verificación profesional

¿El solicitante tiene algún problema auditivo? Sí. No.

1. ¿El solicitante utiliza alguno de los siguientes elementos?
 Silla de ruedas manual Animal de servicio
 Silla de ruedas eléctrica o motoneta Bastón
 Bastón blanco (para discapacidad visual) Oxígeno portátil
 Andador Asistente o PCA (asistente de cuidado personal)
 Muletas Muletas de antebrazo
 Otro _____

2. ¿Podría el solicitante subir al autobús con 3 escalones de 10 pulgadas?
 Sí. No.

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

3. ¿Podría el solicitante subir al autobús con un elevador de sillas de ruedas?

Sí. No.

4. ¿El solicitante necesita de un asistente/PCA para viajar?

Sí. No.

5. ¿Es el solicitante un portador actual de tarjeta Medicare?

Sí. No.

6. El elevador de sillas de ruedas del vehículo soporta hasta 600 lb y mide 32 pulgadas de ancho.

El peso del solicitante es _____ lb.

Fabricante y modelo del dispositivo de movilidad: _____

7. ¿Cuál es la distancia máxima que el solicitante podría viajar sin la asistencia de otra persona? (Con ayuda principal para movilidad si corresponde).

Ni siquiera al auto por sí solo; debe ser asistido por una persona.

Hasta la acera frente al hogar. 3 cuadras (¼ milla).

1 cuadra (500 pies). 4 cuadras.

2 cuadras. Sin límite de distancia.

8. ¿Podría el solicitante esperar de 10 a 20 minutos en una parada del autobús?

Sí. No. Explique por qué no: _____

9. ¿Podría el solicitante cruzar con seguridad las siguientes intersecciones? (Marcar sí o no).

En calles tranquilas y pequeñas con poco tránsito (sin controles de tránsito).

En intersecciones pequeñas con controles de tránsito.

En intersecciones concurridas de varios carriles **con** controles de tránsito.

Explique: _____

10. Califique la condición del solicitante de los siguientes puntos en términos de E/B/R/M/N/D

Excelente / Buena / Regular / Mala / Ninguna / Desconocida

Fuerza de la parte superior del cuerpo Fuerza de la parte inferior del cuerpo

Coordinación Equilibrio

Concientización sobre seguridad Juicio independiente

Comunicación verbal Comunicación escrita

Resistencia y energía

11. ¿Las temperaturas extremas o las condiciones climáticas podrían afectar la capacidad del solicitante para movilizarse? Explique, sea específico: _____

12. ¿Tiene sensibilidad al sol o al calor debido a alguna enfermedad o algún medicamento?

Explique: _____

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

Otro

1. ¿El participante tiene alguna limitación visual que no se ha corregido con anteojos o lentes de contacto? Explique cómo dicho problema visual afectaría su capacidad para movilizarse:

¿Hay alguna información ADICIONAL sobre el solicitante que no hayamos cubierto en esta solicitud sobre la que DCTA debería tener conocimiento al revisar su capacidad de utilizar los servicios de ruta fija de DCTA Connect?

Preguntas sobre las convulsiones del solicitante (si corresponde)

1. ¿Alguna vez se le diagnosticó al solicitante epilepsia u otro trastorno con convulsiones?
 No. (Si es no, siga al final de la solicitud). Sí. Nombre _____

2. ¿Cuáles de los siguientes tipos de convulsiones sufre?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crisis de ausencia | <input type="checkbox"/> Ausencias típicas |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones parciales complejas | <input type="checkbox"/> Convulsiones parciales simples |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones psicomotoras | <input type="checkbox"/> Convulsión tónicoclónica |
| <input type="checkbox"/> Convulsión de tipo gran mal | <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____ |

3. ¿Alguna vez se le diagnosticó alguna de las siguientes afecciones al solicitante?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Meningitis bacteriana | <input type="checkbox"/> Lesión craneal cerrada |
| <input type="checkbox"/> Tumor cerebral | <input type="checkbox"/> Encefalitis viral | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette | <input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____ | |

4. ¿El solicitante tiene alguna advertencia antes de padecer la convulsión? (Ej.: aura)

Sí. No.

5. ¿Cuáles de los siguientes elementos “desencadenan” las convulsiones del solicitante?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estrés | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Luz intermitente |
| <input type="checkbox"/> Ruidos fuertes | <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Cansancio |
| <input type="checkbox"/> Deshidratación | <input type="checkbox"/> No tomar el medicamento | <input type="checkbox"/> Otro. Especifique _____ |

6. ¿Con qué frecuencia tiene convulsiones el solicitante?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia diaria _____ | <input type="checkbox"/> Frecuencia semanal _____ |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia mensual _____ | <input type="checkbox"/> Frecuencia anual _____ |

7. ¿Cuánto tiempo duran las convulsiones del solicitante? _____

8. ¿Qué comportamiento tiene el solicitante DURANTE las convulsiones?

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD

9. ¿Cuáles de los siguientes comportamientos presenta el solicitante DESPUÉS de las convulsiones?

Confusión Somnolencia Debilidad física
 Ansiedad Desorientación Alteraciones de la conciencia
 Agitación o irritabilidad Otro _____

10. ¿El trastorno epiléptico o con convulsiones del solicitante interfiere con alguna de las siguientes "actividades principales de la vida"? Sí. No.

Cuidado personal Trabajo Comunicación
 Juegos Movilidad Actividades de recreación
 Vida independiente

11. ¿Alguna vez el solicitante necesitó atención médica de inmediato luego de una convulsión?

No. Sí. Explique las circunstancias: _____

El solicitante mencionado anteriormente en esta solicitud de Access ADA a DCTA está siendo tratado o fue tratado por mí. La persona me informó sobre su intención de solicitar el servicio Access de DCTA. La información provista en este formulario tiene la finalidad de verificar cualquier enfermedad o afección que no permita que el solicitante utilice el servicio de autobús de rutas fijas de DCTA Connect.

Marque una: Médico
 Proveedor autorizado de atención de salud
 Trabajador social/de rehabilitación autorizado

En función de mi conocimiento profesional del solicitante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Nombre (escribir con letra de imprenta)

Número telefónico del consultorio

Dirección del consultorio

Ciudad

Estado

Código postal

Número de licencia estatal (Completar si corresponde. Debe ser actual).

Firma del médico/profesional: _____

Fecha: _____