

**LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA)
INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL PASAJERO DEL METRO DE RÍO**

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre del solicitante _____

Diagnóstico médico de la condición que causa la discapacidad (opcional) _____

¿Es la Condición Permanente? _____ Sí _____ No

Si no es permanente, duración esperada (fecha) _____

La siguiente información se utilizará para garantizar que el servicio Rio Metro pueda realizar un análisis preciso de las solicitudes de viaje del solicitante.

¿Utiliza el solicitante alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (Marque todo lo que corresponda)

_____ Bastón	_____ Silla de ruedas eléctrica
_____ Tablero de comunicación	_____ Bastón Blanco
_____ Animal de servicio	_____ Andador
_____ Scooter Eléctrico	_____ Suministro de oxígeno portátil
_____ Muletas	_____ Silla de Ruedas Manual
_____ Asistente de Cuidado Personal	_____ Aparatos ortopédicos para las piernas
_____ Tablero con ayuda visual (Picture Board)	_____ Otro tipo de ayuda, _____

¿Puede el solicitante viajar sin la asistencia de otra persona? _____ Sí _____ No

¿Puede el solicitante subir tres escalones de 9 pulgadas sin ayuda? _____ Sí _____ No

¿Está el solicitante en diálisis? _____ Sí _____ No

¿El solicitante tiene alguna discapacidad auditiva? _____ Sí _____ No

¿Tiene el solicitante convulsiones o espasmos? _____ Sí _____ No

¿Puede el solicitante dar la dirección y el número de teléfono si se lo solicitan? _____ Sí _____ No

¿Puede el solicitante reconocer un destino o punto de referencia? _____ Sí _____ No

¿El solicitante es capaz de hacer frente a situaciones inesperadas o cambios inesperados en la rutina? _____ Sí _____ No

¿Puede el solicitante pedir, comprender y seguir instrucciones? _____ Sí _____ No

¿Puede el solicitante viajar solo a través de instalaciones concurridas y/o complejas? _____ Sí _____ No

Si el solicitante tiene una discapacidad visual:

Agudeza visual con la mejor corrección:

Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____ Ambos ojos _____

Campos visuales:

Ojo derecho _____ Ojo izquierdo _____ Ambos ojos _____

Por favor describa cualquier información adicional necesaria para ayudar a este pasajero:

Su área profesional de especialización es:

_____ Médico _____ Audiólogo _____ Optometrista
_____ Psicólogo _____ Podólogo _____ Enfermero
_____ Terapeuta ocupacional _____ Fisioterapeuta
_____ Otro (por favor especificar) _____

Su Nombre: _____ Título: _____

Licencia profesional # _____

Agencia / Nombre de la empresa: _____

Dirección de la Oficina: _____

Número de Teléfono de la Oficina: _____

Basado en mi conocimiento profesional del solicitante, certifico que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____