



# ACCESS

Los servicios de paratransito de RTS Access son un servicio público de viajes compartidos pensado para que sirva como una "red de seguridad" a las personas que, debido a sus discapacidades, no pueden viajar en el autobús de ruta fija RTS que cumple con la ADA o no pueden hacerlo durante parte de su viaje. El hecho de contar con un diagnóstico específico o el uso de una asistencia para la movilidad no habilita automáticamente a los pasajeros a ser elegibles para el servicio de paratransito.

RTS Access opera en ciertas áreas del condado de Monroe, NY. Utilice nuestro mapa interactivo en [myrts.com/access](http://myrts.com/access) para ver si su dirección está dentro del área de servicio de RTS o llame al (585) 224-8330, opción n.º 2. Si se determina que es elegible para usar el servicio de paratransito pero vive fuera del área de servicio, no lo recogeremos ni lo dejaremos en su residencia. Necesitará otra forma de llegar a los puntos de recolección dentro del área de servicio para usar RTS Access.

## ¿Cómo solicito el servicio de paratransito RTS Access?

**Paso 1:** Para solicitar el servicio debe completar hasta la página **8** de la solicitud adjunta.

**Paso 2:** Una vez que haya completado hasta la página **8**, comuníquese con el proveedor de tratamiento calificado correspondiente y **envíele la solicitud completa** para que complete la Parte 5. Además de completar la Parte 5, asegúrese de que su proveedor tratante incluya la documentación pertinente.

### **NUEVO Paso 3**

**Llame a RTS Access al (585) 224-8330 opción n.º 2 para programar su cita sobre la elegibilidad en persona.**

## ¿Tiene preguntas sobre cómo completar la solicitud?

Llámenos de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m.  
(585) 224-8330, opción n.º 2

Our Promise: RTS makes it easy to enjoy your journey.





### **¿Cómo se determina la elegibilidad?**

**NO** basamos la decisión de forma automática en los síntomas, en el tipo de discapacidad, en el uso de asistencia para la movilidad, en la edad, en los ingresos, en la capacidad para conducir, ni en el acceso al transporte en automóvil privado. Consideramos:

- Su capacidad funcional; y
- Si no puede viajar en el servicio de rutas fijas de RTS, durante la totalidad o una parte del tiempo, debido a su discapacidad; y
- Su esfuerzo y riesgo durante tal viaje.

### **¿Cuándo puedo usar RTS Access?**

Tomaremos una decisión sobre su elegibilidad dentro de los 21 días si su solicitud está completa en el momento de su cita de elegibilidad en persona. Si necesitamos más de 21 días, le notificaremos y le daremos un permiso temporal para usar el servicio RTS Access.

### **¿Qué más debo saber?**

Si su solicitud está incompleta en el momento de su cita de elegibilidad en persona, se le devolverá junto con una lista de lo que se necesita para completarla. No se tomará una decisión hasta que recibamos la solicitud completa junto a la documentación necesaria.

### **NOTA IMPORTANTE PARA COMPLETAR LA SOLICITUD**

- La Parte 5 debe ser completada por un proveedor de atención médica con licencia que lo trate por la discapacidad que figura en su solicitud y a quien usted autorice a divulgar su información médica personal.
- Envíe la solicitud completa a su proveedor después de completar su sección. El proveedor deberá revisar toda la solicitud.
- Su información se mantendrá confidencial, no se compartirá con nadie fuera del proceso de elegibilidad para RTS Access, y no se divulgará a ninguna otra parte sin su permiso por escrito hasta el límite permitido por la ley.
- Si usted u otra persona no calificada completa la información de la Parte 5, se considera **FRAUDE** e invalida su solicitud.
- Si deja en blanco una parte de la solicitud, no podremos determinar su elegibilidad.
- Si su proveedor no le proporciona la documentación pertinente para que la envíe con su solicitud, no podremos determinar su elegibilidad.
- No envíe por correo postal, electrónico ni de otra manera, ni permita que el consultorio de su médico envíe copias o documentos por separado a RTS.

**Parte 1: COMPLETE CADA ÍTEM ANTES DE LLAMAR PARA PROGRAMAR SU CITA DE ELEGIBILIDAD EN PERSONA**

Después de completar cada paso, marque la casilla.

1. He revisado el área de servicio y vivo en: (seleccione el color según la ubicación de su domicilio)  <input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Azul <input type="checkbox"/> Naranja <input type="checkbox"/> Gris <input type="checkbox"/> No vivo en ninguna de estas áreas	<input type="checkbox"/>
2. Proporcioné mi información personal y completé la autoevaluación, páginas 2 a 8.	<input type="checkbox"/>
3. Autoricé la divulgación de mi información médica personal, página 8 • Proporcioné la información de contacto de mi(s) proveedor(es) y firmé la página.	<input type="checkbox"/>
4. Solicité a mi(s) proveedor(es) de atención médica autorizado(s) y con licencia que revisara(n) mi solicitud, completara(n) la Parte 5 y proporcionara(n) la documentación pertinente. • Le(s) di la solicitud completa a mi(s) proveedor(es) tratante(s). • Mi(s) proveedor(es) completó/completaron las páginas 9 y 10 y me devolvió/devolvieron la solicitud completa. • Mi proveedor me entregó al menos uno de los materiales de respaldo requeridos, que adjunté a mi solicitud.	<input type="checkbox"/>
5. Hice una copia de la solicitud para conservar como referencia personal.	<input type="checkbox"/>

Entiendo que esta solicitud es parte del proceso para determinar la elegibilidad para el servicio de transporte público de paratránsito según ADA y que dar información falsa puede ser pasible de sanciones. Afirmo que la información en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que debo asistir a mi cita de elegibilidad en persona para que RTS determine si soy elegible para usar el servicio de paratránsito RTS Access.

---

*Nombre del solicitante o representante personal*

---

*Firma del solicitante o representante personal*

---

*Fecha*

---

*Teléfono del solicitante o representante personal*

---

*Dirección del solicitante o representante personal*

El siguiente Representante firmó en mi nombre:

- Padre/madre (si el solicitante es menor de edad)       Poder legal       Tutor legal
- Como solicitante, firmé en mi propio nombre



**Parte 2: IDENTIFICACIÓN**

Fecha:  ¿ESTO ES UNA RECERTIFICACIÓN?  SÍ  NO

Si marca "Sí", escriba la fecha de vencimiento y el número de identificación de acceso.    
*Fecha de vencimiento* *N. ° de id. de acceso*

Nombre: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_  
*Teléfono de su casa* *Teléfono celular*

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dpto./Unidad: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
*Ciudad* *Estado* *Código postal*

Proporcione información para la persona con la que deberíamos contactarnos en caso de emergencia.

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

1. Debido a mi discapacidad, necesito que la información se me proporcione en un formato alternativo.

No  Sí

*Si marca "Sí", indique aquí el formato necesario.*

2. ¿Dónde deberíamos enviarle información en el futuro?

A mí, el solicitante  A la persona designada que figura a continuación

Nombre de la persona designada para recibir información: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del designado: \_\_\_\_\_

**Parte 3: AUTOEVALUACIÓN**

El uso del servicio de rutas fijas (autobuses regulares de RTS) no lo excluye automáticamente de la elegibilidad para usar el servicio de transporte público de paratransito.

1. Tengo la(s) siguiente(s) discapacidad(es) diagnosticada(s):

**(NO)** haga una lista de síntomas o dispositivos de asistencia para la movilidad. Enumere el o los nombres de sus discapacidades diagnosticadas).

2. No puedo usar autobuses regulares de RTS, durante la totalidad o una parte del tiempo, sin la ayuda de otra persona porque:

3. Mi afección: **(marque todo lo que corresponda)**

- Es constante       Cambia a diario       Cambia en diferentes momentos del día  
 Está en remisión       No corresponde

4. Uso los siguientes dispositivos de asistencia durante la totalidad o una parte del tiempo: **(marque todo lo que corresponda)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón                                   | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas manual   |
| <input type="checkbox"/> Muletas                                  | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas motorizada o carrito motorizado  |
| <input type="checkbox"/> Caminador                                | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas más ancha que las convencionales (24 a 34 pulgadas de ancho) o reforzada |
| <input type="checkbox"/> Prótesis                                 | <input type="checkbox"/> No corresponde   |
| <input type="checkbox"/> Máquina de oxígeno portátil o respirador | <input type="checkbox"/> Otra respuesta:  |



5. Utilizo lo siguiente para ayudarme parte del tiempo o todo el tiempo:

- Asistente de cuidado personal       Animal de servicio       N/C

6. Soy **CAPAZ** de hacer esta actividad la totalidad o una parte del tiempo: **(marque todo lo que corresponda)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Llegar a la parada de autobús de RTS                       | <input type="checkbox"/> Firmar en mi nombre                                  |
| <input type="checkbox"/> Esperar solo en la parada del autobús de RTS o en el borde | <input type="checkbox"/> Usar un teléfono para llamar para pedir ayuda        |
| <input type="checkbox"/> Subir al autobús de RTS                                    | <input type="checkbox"/> Indicar direcciones a pedido                         |
| <input type="checkbox"/> Viajar solo desde un punto de descenso hasta mi destino    | <input type="checkbox"/> Dar números de teléfono a pedido                     |
| <input type="checkbox"/> Pasar de un autobús de RTS a otro                          | <input type="checkbox"/> Viajar solo como pasajero                            |
| <input type="checkbox"/> Trasládarme en el autobús de RTS                           | <input type="checkbox"/> Contar dinero para pagar una compra                  |
| <input type="checkbox"/> Bajarme del autobús de RTS                                 | <input type="checkbox"/> Insertar billetes, monedas o tarjetas en una máquina |
| <input type="checkbox"/> Moverme por el sistema de autobuses de RTS                 | <input type="checkbox"/> Reconocer un destino o punto de referencia           |
| <input type="checkbox"/> Moverme por RTS Transit Center                             | <input type="checkbox"/> Pedir y seguir instrucciones verbales                |
| <input type="checkbox"/> Encontrar mi camino (visualmente/cognitivamente)           | <input type="checkbox"/> Pedir y seguir instrucciones escritas                |
|   | <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones corresponde en mi caso       |

7. Soy **CAPAZ** de resolver esta situación la totalidad o una parte del tiempo: **(marque todo lo que corresponda)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Áreas o caminos no pavimentados | <input type="checkbox"/> Nieve en aceras o calles                       |
| <input type="checkbox"/> Lugares sin rampas              | <input type="checkbox"/> Calles e intersecciones concurridas            |
| <input type="checkbox"/> Aceras o calles empedradas      | <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones corresponde en mi caso |
| <input type="checkbox"/> Paradas de autobús de RTS       |   |



8. Mi habilidad para cruzar las calles es la siguiente: **(marque todo lo que corresponda)**

	Sí, con ayuda	Sí, por mi cuenta	A veces por mi cuenta	No
Puedo cruzar una calle de 2 carriles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo cruzar una carretera de 4 carriles con semáforos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Uso estos modos de transporte regularmente: **(marque todo lo que corresponda)**

- Vehículo personal (automóvil)
- Transporte público (RTS Connect o RTS OnDemand)
- Ambulancia
- Un amigo/pariente me lleva
- Traslado patrocinado desde:
- Silla de ruedas o carrito motorizado
- Caminata (con o sin una asistencia para la movilidad)
- No uso otros modos de transporte habitualmente
- Otra respuesta:

\_\_\_\_\_  
*Nombre de la agencia*

a) Si marcó "Silla de ruedas o carrito motorizado", especifique estos detalles. De lo contrario, marque "No corresponde".  No corresponde

<i>Mi peso en libras</i>	<i>El peso de mi dispositivo en libras</i>
<i>Marca y modelo</i>	<i>Capacidad de carga</i>
<i>Ancho total en pulgadas</i>	<i>Largo total en pulgadas</i>
<i>Duración de la batería (minutos) o tipo de batería</i>	<i>Rango máximo de conducción en millas</i>



10. Puedo viajar estas distancias por mi cuenta: **(marque todo lo que corresponda)**

	Caminar <b>SIN</b> dispositivo para la movilidad	Caminar con dispositivo para la movilidad	Usar una silla de ruedas o carrito motorizado	No puedo hacerlo de ninguna manera
Hasta/desde la parada de autobús más cercana a mi residencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo hasta el borde de la acera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 cuadra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 cuadras (1/4 de milla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 cuadras (1/2 milla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 cuadras (3/4 de milla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Las siguientes condiciones climáticas afectarán mis respuestas a la pregunta n. °8: **(marque todo lo que corresponda)**

- Acumulación de nieve de más de 2 pulgadas
- Precipitaciones de más de 1/2 pulgada por hora
- Vientos constantes de más de 25 millas por hora
- Hielo
- Temperatura por encima de 80 °F
- Temperatura por debajo de 30 °F
- No corresponde

12. Puedo viajar razonablemente esta distancia en condiciones óptimas en un área accesible por mi cuenta:

*Distancia en pies, cuadras o millas*



**Parte 4: AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE SALUD**

*Indique aquí el nombre y la fecha de nacimiento del solicitante en letra de imprenta*

Autorizo al proveedor o proveedores nombrados aquí, sus funcionarios, empleados, agentes, contratistas, miembros, directores, accionistas o afiliados encargados de manejar registros médicos, a revelar a RTS Access toda la información protegida sobre mi salud que sea razonablemente necesaria para que el o los proveedores completen, total y precisamente, la Parte 5 de esta solicitud.

Nombre del (de los) proveedor(es): \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio o establecimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_

Esta autorización permanecerá vigente hasta que se determine definitivamente mi elegibilidad para el servicio de transporte público de paratransito de RTS o durante 60 días a partir de la fecha de la autorización, lo que ocurra primero. Reconozco que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que la revocación de esta autorización no tendrá vigencia en el caso de que el o los proveedor(es) mencionado(s) haya(n) hecho uso de ella para el uso o la divulgación de la Información protegida sobre mi salud antes de recibir mi aviso de revocación por escrito.

Entiendo que toda Información protegida sobre salud revelada de conformidad con esta Autorización a una persona o entidad que no esté contemplada por las leyes y regulaciones de privacidad estatales y federales puede estar sujeta a divulgación posterior por parte del destinatario, quedando así sin protección de la ley federal o estatal.

Reconozco que las personas mencionadas no condicionarán mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios (si corresponde) a la firma de esta Autorización.

\_\_\_\_\_  
*Nombre impreso*

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

El siguiente Representante firmó en mi nombre:

- Padre/madre (si el solicitante es menor de edad)     Poder legal     Tutor legal  
 Como solicitante, firmé en mi propio nombre

**Parte 5: EVALUACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

**ATENCIÓN SOLICITANTES: DESPUÉS DE COMPLETAR LAS PARTES 1 A 4, ENTREGUE LA SOLICITUD COMPLETA A SU(S) PROVEEDOR(ES). USTED O SU REPRESENTANTE SON RESPONSABLES DE HACER LLEGAR LA SOLICITUD AL PROVEEDOR Y DE RECOGER LA SOLICITUD COMPLETA Y EL MATERIAL DE RESPALDO.**

**Atención Profesionales médicos y Proveedores de servicios para discapacitados:**

**Un profesional con licencia o certificado que esté calificado para realizar diagnósticos y evaluaciones específicos debe completar esta Parte 5.**

- El solicitante debe ser su paciente o cliente actual.
- El solicitante debe proporcionar una autorización para que usted divulgue su Información protegida sobre salud (Parte 4) y debe entregarle la solicitud completa (Partes 1 a 5).
- El hecho de no proporcionar la información en esta Parte impedirá o retrasará el procesamiento de la solicitud del paciente/cliente para la certificación de elegibilidad. Preste especial atención al n.º 6 en la pág. 10 y proporcione a su paciente la documentación pertinente para que la envíe con su solicitud.
- Los siguientes **no** son factores que califiquen para el servicio de transporte público de paratransito: edad, ingresos, conveniencia del servicio, temor a caerse, temor a las multitudes, temor a la delincuencia, temor a la oscuridad, incapacidad para conducir o incapacidad para acarrear paquetes. La elegibilidad para el servicio de paratransito se basa en la imposibilidad de una persona, por causa de su discapacidad, para utilizar el sistema regular de autobuses accesibles de RTS (rutas fijas y RTS On Demand) que cumple con la ADA.

**No separe ninguna parte de la solicitud. Devuelva la solicitud entera y los materiales al paciente/cliente o representante (padre/madre, tutor legal, apoderado/a).**

**Toda la información protegida sobre salud se mantendrá confidencial. Llame al 585-654-0608 si tiene preguntas.**

1. Soy un profesional con certificación del Estado de Nueva York para las siguientes prácticas:  
(marque todo lo que corresponda)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médico (MD o DO)  | <input type="checkbox"/> Profesional en enfermería avanzada (ARNP)           |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo (Ph. D.)  | <input type="checkbox"/> Asistente médico                                    |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatra (MD o DO)  | <input type="checkbox"/> Optometrista u oftalmólogo                          |
| <input type="checkbox"/> Profesional de salud mental con matrícula                                   | <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta o terapeuta ocupacional              |
| <input type="checkbox"/> Enfermero de datos mínimos (MDS) (solo centros de enfermería especializada) | <input type="checkbox"/> Especialista matriculado en Orientación y Movilidad |

2. Identificación profesional con matrícula (en letra clara):

Nombre: \_\_\_\_\_

N.º de matrícula: \_\_\_\_\_

*Número de certificación o número de matrícula del estado de Nueva York*

Contacto: \_\_\_\_\_

*Número de teléfono*

*Dirección laboral*

*Correo electrónico:*

3. Identificación del paciente/cliente (en letra clara):



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

4. Mencione la afección que podría impedir que el paciente/cliente suba a un autobús de RTS accesible equipado con una rampa, una pisadera o un elevador, baje de él o viaje de manera independiente. Se requiere un diagnóstico, pero hay campos adicionales disponibles.

Diagnóstico/Afección 1 – (no síntomas)	Grado (marque todo lo que corresponda)		Estado (marque todo lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Episódico
	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> En remisión
	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Controlado con medicación

Diagnóstico/Afección 2 – (no síntomas)	Grado (marque todo lo que corresponda)		Estado (marque todo lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Episódico
	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> En remisión
	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Controlado con medicación

Diagnóstico/Afección 3 – (no síntomas)	Grado (marque todo lo que corresponda)		Estado (marque todo lo que corresponda)
		<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Episódico
	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Permanente	<input type="checkbox"/> En remisión
	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Controlado con medicación

5. He leído la Parte 3 y estoy de acuerdo con la autoevaluación del paciente/cliente.

Sí  No  En parte

Si marca **No** o **En parte**, explique a continuación:

6. Le entrego al paciente/cliente este material para que lo envíe junto con su solicitud según lo requiera RTS Access (proporcione al menos *uno* de los siguientes elementos e indique cada uno de los que proporcionó).

Movilidad física	Cognitivo, Salud mental o Neurológico	Medida sensorial
<input type="checkbox"/> Lista de problemas activos y medicamentos actuales	<input type="checkbox"/> Evaluación clínica actual	<input type="checkbox"/> Agudeza visual
<input type="checkbox"/> Plan vigente de atención del paciente	<input type="checkbox"/> Plan de tratamiento de salud mental actual	<input type="checkbox"/> Agudeza auditiva
<input type="checkbox"/> Plan vigente de terapia (FT o TO)	<input type="checkbox"/> Evaluación psicológica más reciente con medición de CI y puntaje de funcionamiento adaptativo	

7. Mi firma ratifica lo siguiente:

- Estoy certificado o matriculado en el estado de Nueva York como proveedor de servicios para discapacitados o como profesional médico.
- El paciente/cliente está actualmente bajo mi atención y estoy autorizado a divulgar su Información protegida sobre salud en la medida que sea pertinente para esta solicitud de elegibilidad.
- Entiendo que la información que proporciono es necesaria para corroborar la solicitud de un paciente/cliente de evaluación de elegibilidad para el servicio de transporte público de paratransito según la "Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990" (ADA) y sus reglamentaciones, Sección 37.123(e), dentro de las áreas de servicio de transporte público de paratransito designadas de RTS.
- Mis declaraciones son verdaderas y se basan en registros, diagnósticos y evaluaciones legítimos.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Fecha