



ACCESS

Si no puede viajar en un servicio de autobús de ruta fija de RTS debido a una discapacidad, puede que sea elegible para usar RTS Access, un servicio de autobús de transporte público especial, dentro de ciertas áreas del Condado de Monroe, NY. Esto le permite programar los viajes en autobús específicos que necesita en lugar de seguir el horario de los autobuses de ruta fija y también le permite compartir un viaje en autobús con otras personas que viajan a un lugar y en un horario similares.

¿Cómo sé si soy elegible y cómo lo solicito?

Paso 1: Lea la página uno (1) completa para asegurarse de que es elegible para solicitar los servicios de transporte público especial con RTS Access, y lea las instrucciones sobre cómo completar el proceso de solicitud.

Paso 2: Lea la página dos (2) completa y asegúrese de realizar cada paso descrito en la lista de verificación. RTS Access solo aceptará solicitudes que estén totalmente completas.

No separe la Parte 5.

Una vez que recibamos la solicitud completa, se lo notificaremos dentro de los 21 días hábiles. Le agradecemos su paciencia y esperamos que disfrute el viaje.

¿Tiene preguntas sobre cómo completar la solicitud?

Complete un formulario en línea en myRTS.com/contact-us o llámenos de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. al 585-224-8330, opción n. °2.

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



¿Qué es el transporte público especial?

RTS Access proporciona transporte público para personas con discapacidades que no pueden usar los autobuses de RTS de rutas fijas en el condado de Monroe. Si es elegible, podrá:

- reservar los viajes que necesita en lugar de seguir el horario de los autobuses de ruta fija; y
- compartir un viaje en autobús con otras personas que viajan a un lugar y en un horario similares.

¿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?

Es necesario que determinemos su elegibilidad **ANTES** de que pueda usar RTS Access. No puede usar RTS Access durante el proceso de solicitud.

Haremos nuestro mejor esfuerzo para tomar una decisión dentro de los 21 días posteriores a la recepción de su **SOLICITUD TOTALMENTE COMPLETA**. Si necesitamos más de 21 días, le notificaremos y le daremos un permiso temporal para usar el servicio RTS Access.

¿Qué más debo saber?

Debemos recibir la **SOLICITUD TOTALMENTE COMPLETA** antes de que la procesemos.

Use la Lista de verificación de la Parte 1 para asegurarse de que su solicitud esté correctamente completa.

NO PERMITA QUE UN CONSULTORIO MÉDICO NOS ENVÍE SECCIONES A NOSOTROS POR FAX. YA NO ACEPTAMOS SOLICITUDES POR FAX.

El proceso de solicitud:

- Es necesario para evaluar su elegibilidad;
- No garantiza que se certificará su elegibilidad; y
- Suele incluir una entrevista y/o evaluación funcional.

Después de que completemos el proceso, le enviaremos una carta confirmando o denegando su solicitud de certificación. Si considera que la decisión es incorrecta, puede presentar una apelación dentro de los 60 días.

NOTA IMPORTANTE SOBRE LA PARTE 5

- La Parte 5 debe ser completada por un proveedor de atención médica certificado a quien usted autorice a divulgar la información personal sobre su salud.
- No separe la Parte 5. El proveedor necesitará la información de las Partes 1, 2, 3 y 4.
- 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, se considera **FRAUDE** y esto invalida su solicitud.
- Si omite alguna parte, no podremos determinar su elegibilidad.
- No permita que el consultorio de un médico envíe copias o documentos por separado a RTS.

¿Cómo presento mi solicitud?

Envíe la solicitud entera y completa al área de determinaciones de elegibilidad para transporte público especial de RTS a través de alguno de los siguientes métodos.

Correo postal de los Estados Unidos	Correo electrónico	En persona
1372 East Main Street Rochester, NY 14609	access@myrts.com	Recepción central 1372 East Main Street Rochester, NY 14609

Parte 1: LISTA DE VERIFICACIÓN OBLIGATORIA

Después de completar cada paso, marque la casilla y escriba sus iniciales.

<p>1. Confirmando si vivo en el área de servicio Llamé al 585-224-8330, opción n. °3 para consultar si mi dirección está dentro o fuera del área de servicio de RTS. Entiendo que si soy elegible para el servicio de transporte público especial pero vivo fuera del área de servicio, deberé procurar otra forma de llegar hasta los puntos de recolección dentro del área de servicio, que mis viajes deben estar dentro del área de servicio, y que necesitaré otra forma de viajar desde el punto de descenso de RTS Access hasta mi destino final.</p>	<input type="checkbox"/> _____ Iniciales <input type="checkbox"/> Dentro del área de servicio <input type="checkbox"/> Fuera del área de servicio
<p>2. Proporciono mi información personal y completo la autoevaluación, páginas 3 a 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • He proporcionado mi información de contacto actualizada. • Respondí todas las preguntas sobre mi capacidad o incapacidad para usar los autobuses regulares de RTS ("autobuses de rutas fijas"). 	<input type="checkbox"/> _____ Iniciales
<p>3. Autorizo la publicación de mi información personal sobre salud, página 7 He proporcionado la información de contacto de mi(s) proveedor(es) y he firmado la página.</p>	<input type="checkbox"/> _____ Iniciales
<p>4. Solicito a mi proveedor certificado de atención médica autorizado que complete la evaluación y proporcione los materiales, páginas 8 a 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregué las Partes 1, 2, 3 y 4 a mi(s) proveedor(es) junto con la Parte 5. • Mi proveedor completó la evaluación y me devolvió todas las páginas. • Mi proveedor me entregó al menos uno de los materiales de respaldo requeridos, que adjunté a mi solicitud. 	<input type="checkbox"/> _____ Iniciales
<p>5. Foto mía reciente Enviar una foto puede acelerar la creación de una identificación con foto, si obtiene la certificación de elegibilidad. Si envía la foto por correo electrónico, ponga su nombre completo en la línea de asunto.</p> <p><input type="checkbox"/> Adjunté mi foto a la solicitud con un clip.</p> <p><input type="checkbox"/> Envié mi foto a access@myrts.com (con el nombre completo en la línea de asunto).</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero ir a una sede de RTS y que allí me tomen una foto.</p>	<input type="checkbox"/> _____ Iniciales
<p>6. Reviso la solicitud, páginas 3 a 9</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me aseguré de que todas las preguntas tuvieran respuestas y de que todas las partes que necesitaban una firma estaban firmadas por la persona correcta. • Adjunté los materiales de mi proveedor certificado de atención médica autorizado. 	<input type="checkbox"/> _____ Iniciales
<p>7. Hago una copia para Mis registros de las páginas 1 a 9 Copié mi solicitud completa para mi referencia personal.</p>	<input type="checkbox"/> _____ Iniciales

Entiendo que esta solicitud es parte del proceso para determinar la elegibilidad para el servicio de transporte público especial 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 RTS procesará mi solicitud en el orden de fecha recibido y que si mi solicitud no está totalmente completa, me será devuelta.

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Fecha de vencimiento</i>	<i>N. ° de id. de acceso</i>

Nombre: _____

Números de teléfono: _____
Teléfono de su casa
Teléfono celular

Mi número de teléfono preferido es: De casa Celular Sin preferencia

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____

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 informaciones 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 la persona designada para recibir información: _____

Correo electrónico de la persona designada para recibir información: _____

Parte 3: AUTOEVALUACIÓN

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

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 nombre de su(s) discapacidad(es) diagnosticada(s).

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 permanente
 Cambia diariamente
 Cambia a diferentes horas del día
 Está en remisión
 No corresponde

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

5. 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 extra ancha o resistente (24 a 34 pulgadas de ancho) |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> No corresponde |
| <input type="checkbox"/> Máquina de oxígeno portátil o respirador | <input type="checkbox"/> Otra respuesta: |

6. 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 empinadas | <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones corresponde en mi caso |
| <input type="checkbox"/> Paradas de autobús de RTS | |

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No uso otros modos de transporte regularmente | <input type="checkbox"/> Vehículo personal (automóvil) |
| <input type="checkbox"/> Autobús regular (servicio de rutas fijas de RTS) | <input type="checkbox"/> Caminata (con o sin una asistencia para la movilidad) |
| <input type="checkbox"/> Ambulancia | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas o carrito motorizado |
| <input type="checkbox"/> Un amigo/pariente me lleva | <input type="checkbox"/> Otra respuesta: |
| <input type="checkbox"/> Traslado patrocinado desde: | |

Nombre de la agencia

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

		<input type="checkbox"/> No corresponde
<i>Mi peso en libras</i>	<i>El peso de mi dispositivo en libras</i>	
		<input type="checkbox"/> No corresponde
<i>Marca y modelo</i>	<i>Capacidad de carga</i>	
		<input type="checkbox"/> No corresponde
<i>Ancho total en pulgadas</i>	<i>Largo total en pulgadas</i>	
		<input type="checkbox"/> No corresponde
<i>Duración de la batería (minutos) o tipo de batería</i>	<i>Rango máximo de conducción en millas</i>	



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

	Caminar SIN 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"/>

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No corresponde | <input type="checkbox"/> Hielo |
| <input type="checkbox"/> Acumulación de nieve de más de 2 pulgadas | <input type="checkbox"/> Temperatura por encima de 80 °F |
| <input type="checkbox"/> Precipitaciones de más de ½ pulgada por hora | <input type="checkbox"/> Temperatura por debajo de 30 °F |
| <input type="checkbox"/> Vientos constantes de más de 25 millas por hora | <input type="checkbox"/> Otra respuesta: |

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

Distancia en pies, cuadras o millas

11. 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	Otra respuesta
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"/>	

12. Uso las siguientes opciones de asistencia durante la totalidad o una parte del tiempo:

- Asistente de cuidado personal designado para ayudarme con una o más actividades de la vida, regularmente
- Animal de compañía entrenado para ayudarme
- No corresponde

**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 proveedor complete, total y precisamente, la Parte 5 de esta solicitud.

-1- Nombre del proveedor: _____

Dirección del consultorio o establecimiento: _____

Teléfono del consultorio: _____

-2- Nombre del proveedor: _____

Dirección del consultorio o establecimiento: _____

Teléfono del consultorio: _____

-3- Nombre del proveedor: _____

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 especial 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 proveedor mencionado haya 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: Un profesional o proveedor de servicios para discapacitados matriculado/certificado que esté calificado para proveer los diagnósticos y evaluaciones específicos debe completar esta Parte 5. **COMPLETE LAS PARTES 1 A 4 Y ENTRÉGUENLAS A SU PROVEEDOR PARA SU REVISIÓN.** Su proveedor no puede completar la Parte 5 sin las Partes 1 a 4. 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:

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).

Su paciente/cliente solicita la certificación de elegibilidad para usar el servicio de transporte público especial que se brinda a través de RTS Access con financiamiento impositivo. La elegibilidad para el transporte público especial se basa en si una persona, por causa de su discapacidad, no puede utilizar el sistema regular de autobuses accesibles de RTS (rutas fijas) que cumple con la ADA y que proporciona transporte público a los residentes en el área de servicio del Condado de Monroe.

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.

Los siguientes **no** son factores que califiquen para el servicio de transporte público especial: 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.

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).

No envíe copias ni materiales por fax a RTS. Ya no se aceptan faxes para las solicitudes de elegibilidad.

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 y una pisadera, 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"/> Grave	<input type="checkbox"/> Temporal
		<input type="checkbox"/> Activo
		<input type="checkbox"/> En remisión
		<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"/> Grave	<input type="checkbox"/> Temporal
		<input type="checkbox"/> Activo
		<input type="checkbox"/> En remisión
		<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"/> Grave	<input type="checkbox"/> Temporal
		<input type="checkbox"/> Activo
		<input type="checkbox"/> En remisión
		<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"/> Resumen médico/Lista de problemas activos	<input type="checkbox"/> Evaluación clínica actual	<input type="checkbox"/> Agudeza visual
<input type="checkbox"/> Plan vigente de atención del paciente	<input type="checkbox"/> Puntaje actual de funcionamiento global (GAF)	<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 especial 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 especial designadas de RTS.
- Mis declaraciones son verdaderas y se basan en registros, diagnósticos y evaluaciones legítimos.

Nombre impreso

Firma

Fecha