



## **PART INFORMACIÓN SOBRE PARATRANSIT**

***\*Por favor, Guarde este Folleto para Referencia Futura\****



### **¿QUÉ ES PARATRANSIT ?**

Putnam Area Rapid Transit (PART) Paratransit es un sistema de transporte de origen a destino para aquellos residentes del condado de Putnam que no pueden usar el servicio regular de transporte público PART debido a una discapacidad física, mental o visual. PART Paratransit opera camionetas especialmente modificadas para transportar pasajeros con una variedad de discapacidades, incluidos aquellos que usan sillas de ruedas.

### **¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA USAR PARATRANSIT?**

Una persona puede ser elegible para usar PART Paratransit bajo las siguientes pautas:

- El servicio se prestará a aquellas personas **dentro de 3/4 de milla de una ruta fija** de la PART y tendrán un destino que esté dentro de las 3/4 de milla de una ruta fija de la PART. **ESTE NO ES UN SERVICIO PARA TODO EL CONDADO.**
- El servicio es complementario a la ruta fija PART. **Es para personas con discapacidades físicas, mentales o visuales que no pueden utilizar el servicio de tránsito accesible de ruta fija.**
- El servicio se proporciona solo después de un proceso de certificación, que incluye la certificación de un médico, psiquiatra, oftalmólogo, optometrista u otro profesional médico que afirme que una persona no puede viajar en transporte público debido a una discapacidad.
- La edad por sí sola no da derecho a una persona a usar paratransit.
- Los visitantes discapacitados que residen en un lugar fuera del condado de Putnam y han sido certificados por la ADA por la jurisdicción en la que residen son elegibles para 21 días de servicio durante un período de un año a partir del día en que se prestó el servicio por primera vez. Después de este tiempo, deben ser certificados por el condado de Putnam.
- Los visitantes discapacitados que no tienen documentación y residen en un lugar fuera del Condado de Putnam se presume que son elegibles para el servicio de paratransit por 21 días durante un período de un año que comienza el día en que el servicio fue prestado por primera vez. Después de este tiempo, deben ser certificados por el Condado de Putnam.

### **¿CUÁNDO OPERA PARATRANSIT?**

- Paratransit opera en el mismo horario que el servicio de tránsito de ruta fija PART 1, 2 y 5.  
**Lunes – Viernes: 4:00 a.m. to 9:00 p.m. | Sábado: 7:30 a.m. to 6:00 p.m. | Domingo: No hay servicio PART.**
- PART/Paratransit no opera en el Día de Año Nuevo, Día de los Caídos, Cuatro de Julio, Día del Trabajo, Acción de Gracias, o Navidad.
- Si el servicio de ruta fija PART está operando en rutas de nieve, entonces el servicio de paratransit será comparable a la ruta de nieve.

### **¿CUÁNTO CUESTA VIAJAR EN PARATRANSIT?**

Un viaje de ida en paratransit cuesta **\$3.25**. Un viaje comienza cuando una persona aborda un autobús y termina cuando una persona se baja del autobús. Se acepta efectivo (**solo cambio exacto**) a bordo de los vehículos de paratransit, así como cheques pagaderos a la "Commissioner of Finance". Los boletos de paratransit también están disponibles para comprar en cualquier cantidad en efectivo, cheque o tarjetas de crédito / débito en el Centro de Tránsito del Condado de Putnam ubicado en 841 Fair Street, Carmel, NY 10512 entre 9:00 a.m. – 5:00 p.m. mediados de septiembre a mediados de junio, y 8:00 a.m. – 4:00 p.m. mediados de junio a mediados de septiembre.

## **¿PUEDE UN PASAJERO LLEVAR A UN ACOMPAÑANTE EN PARATRANSIT?**

Sí, un pasajero de paratransit puede estar acompañado por un asistente de cuidado personal y/o un acompañante personal. Un asistente de cuidado personal se considera una persona que viaja como asistente para facilitar el viaje de una persona con una discapacidad. **A un asistente de cuidado personal no se le cobrará una tarifa.** Un acompañante se considera una persona distinta de un asistente que puede estar viajando con una persona discapacitada. **Un acompañante pagará la misma tarifa que el pasajero de paratransit.** Se pueden permitir acompañantes adicionales si hay espacio disponible. Todos los acompañantes y asistentes personales deben tener los mismos puntos de origen y destino. **Los animales de servicio también pueden acompañar a un pasajero de paratransit sin previo aviso y sin tarifa adicional.**

## **¿CUÁNTA ASISTENCIA PUEDE OFRECER UN CONDUCTOR A UN PASAJERO?**

Como paratransit es un servicio de origen a destino, los pasajeros deben poder encontrarse con la camioneta fuera de sus casas. No se permite a los conductores entrar en las casas de los pasajeros o llevar a los conductores o sillas de ruedas arriba o abajo de las escaleras. Los conductores de paratransit pueden proporcionar asistencia entre el vehículo y la primera puerta para los pasajeros que necesitan asistencia adicional para completar el viaje. Los conductores de paratransit ayudarán a los pasajeros a abordar el vehículo, asegurarán todos los cinturones de seguridad y bloquearán las sillas de ruedas si es necesario.

## **¿HAY ALGUNA OTRA RESTRICCIÓN?**

- Todos los pasajeros en sillas de ruedas que son transportados en un vehículo de paratransit deben tener su silla de ruedas asegurada en los dispositivos de seguridad proporcionados en las ubicaciones designadas en el vehículo. En ningún caso se permitirá a un pasajero en silla de ruedas viajar en el pasillo.
- El operador se reserva el derecho de negociar la programación del viaje dentro de una hora del tiempo solicitado. Paratransit no es un servicio de taxi o limusina; su viaje puede combinarse con una o más solicitudes de viaje.
- Un máximo del 50% de la capacidad del sistema se puede dedicar en cualquier momento del día al servicio opcional de suscripción de paratransit.
- Paratransit se puede utilizar como un autobús alimentador para el autobús de ruta fija de PART regular.
- Si un pasajero tiene tres o más viajes perdidos (ausencias y/o cancelaciones tardías) dentro de un período de 30 días, esto promulgará una revisión de sus viajes para determinar la existencia de un patrón o práctica de viajes perdidos.
- A una persona cuyo comportamiento amenace o haya amenazado la seguridad del personal de paratransit u otros pasajeros se le puede negar el servicio o se le puede suspender el servicio.

## **¿CÓMO SE APLICA PARA PARATRANSIT?**

Las solicitudes están disponibles tanto en inglés como en español en nuestro sitio web, o puede llamarnos, enviarnos un correo electrónico o escribirnos para solicitar una solicitud. Una solicitud completa no tardará más de 21 días en procesarse a partir de la fecha en que sea recibida por el Departamento de Planificación del Condado de Putnam.

- Website: <https://putnamcountyny.gov/transportation#Paratransit>
- Teléfono: (845) 878-3480 y/o (845) 878-7433 (los servicios de traducción están disponibles a pedido). Para las personas con discapacidad auditiva, marque 711 (gratuito) para conectarse automáticamente a un asistente de comunicaciones TRS.
- Correo electrónico: [transit@putnamcountyny.gov](mailto:transit@putnamcountyny.gov)
- Escriba a: Departamento de Planificación, Desarrollo y Transporte Público del Condado de Putnam en 841 Fair Street, Carmel, NY 10512

## **¿CÓMO SE ORGANIZA UN VIAJE DE PARATRANSIT?**

Una vez que esté certificado y reciba su tarjeta de identificación, llame al (845) 878-7433 (para personas con problemas de audición, marque 711) durante el horario de 9 a.m. a 5 p.m. el día anterior al servicio deseado. Los servicios de traducción están disponibles a pedido. Cuando haga la llamada, simplemente diga que está llamando para programar un viaje de paratransit. Se le pedirá su nombre, dirección, número de teléfono, número de identificación de la tarjeta de paratransit, su destino, cuándo le gustaría salir y regresar, y si tiene necesidades especiales. Si necesita cancelar o reprogramar su viaje, llame al (845) 878-7433.

**PART SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD PARA ADA PARATRANSIT:  
INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE**

1. Solicitante/Guardián/Preparador: Por favor complete la totalidad de LA PARTE I y firme el Formulario de Certificación.
2. Después de completar la PARTE I, pídale a un Profesional Médico calificado que complete las PARTES II, III o IV (elijá una) y pídale que firme la certificación correspondiente.  
PARTE II: Discapacitados Físicos  
PARTE III: Discapacitados Visuales  
PARTE IV: Discapacitados Mentales
3. Por último, **devuelva la solicitud completa junto con una foto actual** para una tarjeta de identificación (hombros hacia arriba) por correo, correo electrónico o fax a:  
Correo: *Putnam County Department of Planning,  
Development, and Public Transportation  
841 Fair Street  
Carmel, NY 10512*  
Correo Electrónico: Envíe por correo electrónico una copia escaneada en PDF de su solicitud y una foto digital actual a [transit@putnamcountyny.gov](mailto:transit@putnamcountyny.gov)  
Fax: Envíe por fax una copia de su solicitud al (845) 808-1948 y envíe una foto digital actual por correo electrónico o postal.

**TENGA EN CUENTA:**

- **No se considerarán las solicitudes incompletas.** Todas las preguntas deben ser respondidas o respondidas con no aplicable (N/A) si la pregunta no corresponde.
- Si tiene alguna pregunta al completar este formulario, llame al (845) 878-3480 y/o (845) 878-7433, o envíe un correo electrónico a [transit@putnamcountyny.gov](mailto:transit@putnamcountyny.gov).
- Para las personas con discapacidad auditiva, utilice el servicio 711 Relay.
- Los servicios de traducción están disponibles a pedido.
- Para obtener más información sobre nuestros servicios de tránsito, visite <https://putnamcountyny.gov/transportation>.

## PARTE I

Responda las siguientes 18 preguntas lo más completamente posible (**escriba o imprima claramente**), si una pregunta no se aplica a usted, marque claramente N/A en el espacio de respuesta proporcionado.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del número de seguro social: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Intersección más Cercana: \_\_\_\_\_

3. Número de Teléfono: (casa): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

4. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

5. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre: \_\_\_\_\_ Mujer: \_\_\_\_\_

6. Información de Contacto de Emergencia:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: (casa): \_\_\_\_\_ (celular): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es la(s) condición(s) de desactivación que le impide utilizar el servicio de autobús de ruta fija de PART? \_\_\_\_\_

8. ¿Cómo le impide esta discapacidad utilizar el servicio de autobús de ruta fija PART? *Por favor, explique completamente. Use una hoja adicional si es necesario.* \_\_\_\_\_

9. ¿Hay otros efectos de su discapacidad de los que debamos ser conscientes?

---

---

10. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de movilidad? (*Marque todo lo que corresponda*)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas               | <input type="checkbox"/> Animal de Servicio     |
| <input type="checkbox"/> Caña Blanca                   | <input type="checkbox"/> Muletas                |
| <input type="checkbox"/> Andadera                      | <input type="checkbox"/> Scooter Eléctrico      |
| <input type="checkbox"/> Asistente de Cuidado Personal | <input type="checkbox"/> Coderas                |
| <input type="checkbox"/> Bastón                        | <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ |

11. ¿Alguna vez has recibido entrenamiento de viaje? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

a) Agencia que te entrenó: \_\_\_\_\_

b) ¿Se completó con éxito la capacitación? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

c) ¿Hay alguna limitación para su entrenamiento de viaje? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

*Si la respuesta es sí, por favor explique:*

---

---

12. ¿Puede comprender la información de transporte impresa o verbal, como los horarios de los autobuses (incluidos TDD, cinta de audio o letra grande)?

*Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_ *Si la respuesta es sí, por favor explique:*

---

---

13. ¿Puede calcular la tarifa correcta y colocarla en la caja de tarifas?

*Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_ *Si la respuesta es sí, por favor explique:*

---

---

14. ¿Puede ubicar asientos o puntales de riel de mano dentro del autobús?

*Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_ *Si la respuesta es sí, por favor explique:*

---

---

15. ¿Qué condiciones relacionadas con su discapacidad le dificultarían llegar a su destino después de bajarse del autobús? *Por favor, explique:*

---

---

16. ¿Tiene la intención de utilizar el servicio de paratransit para asistir a programas proporcionados por una agencia? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

*En caso afirmativo, responda lo siguiente:*

a) ¿Cuál es el nombre de la agencia que patrocina el programa o los servicios a los que asistirá?

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

b) ¿La agencia proporciona transporte? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

c) ¿Eres elegible para ese transporte? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

17. ¿Cómo se enteró de nuestro servicio de paratransit? (*Marque todo lo que corresponda*)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tele          | <input type="checkbox"/> Departamento de Planificación |
| <input type="checkbox"/> Periódico     | <input type="checkbox"/> Profesional Médico            |
| <input type="checkbox"/> Radio         | <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios        |
| <input type="checkbox"/> PART Empleado | <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____        |

18. ¿Está inscrito en Medicaid? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

*En caso afirmativo, responda lo siguiente:*

a) Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

b) ¿Qué tipo de transporte ha sido aprobado por Medicaid?

Autobús Público \_\_\_ Taxi \_\_\_ Ambulette \_\_\_ Ambulancia \_\_\_

## CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas, a lo mejor de mi conocimiento, y autorizo la cumplimentación del resto de este formulario por un profesional calificado. He leído y comprendo, a mi leal saber y entender, toda la información contenida en esta solicitud. Entiendo, a mi leal saber y entender, que todas las declaraciones hechas en esta solicitud pueden estar sujetas a investigación y verificación. Entiendo, a mi leal saber y entender, que el CONDADO DE PUTNAM se basará en las declaraciones hechas en esta solicitud, ya sea que el CONDADO DE PUTNAM haya investigado o no las declaraciones contenidas en esta solicitud. Entiendo, a mi leal saber y entender, que el CONDADO DE PUTNAM puede suspender o cambiar su programa de paratransit sin previo aviso. Si el CONDADO DE PUTNAM encuentra que no he seguido las pautas del programa, mis servicios de paratransit serán quitados y no seré elegible para volver a solicitar el programa de paratransit. Entiendo, hasta donde yo sé, que es un delito permitir que otra persona use mi tarjeta de identificación o que yo continúe usando la tarjeta si ya no estoy discapacitado según lo define el programa de paratransit. **Acepto notificar al Departamento de Planificación, Desarrollo y Transporte Público del Condado de Putnam al (845) 878-3480 si ya no necesito el servicio de paratransit.**

Por la presente certifico, a mi leal saber y entender, que la información proporcionada es correcta.

Firma del Solicitante o Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante o Tutor Legal (Imprima): \_\_\_\_\_

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

**PREPARADOR:** Si esta solicitud ha sido preparada por una persona que no es el solicitante o un tutor legal, por favor complete lo siguiente:

Firma del Preparador: \_\_\_\_\_

Nombre del Preparador (Imprima): \_\_\_\_\_

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA PROFESIONALES MÉDICOS

### *Estimado Profesional Médico:*

El solicitante que le ha pedido que complete y firme este formulario está solicitando la elegibilidad en el servicio PART Paratransit. Lea atentamente la siguiente información, ya que puede afectar su respuesta.

### *¿Quién Califica para Paratransit?*

El servicio de paratransit está diseñado para servir a aquellas personas cuya gravedad de discapacidad les impide usar el transporte público. Según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la discapacidad por sí sola no califica a una persona para viajar en paratransit. Una persona debe ser **FUNCIONALMENTE** incapaz de utilizar el servicio de autobús de ruta fija. El servicio se brinda a los siguientes tres grupos generales de personas con discapacidad:

1. Personas que tienen condiciones específicas relacionadas con la discapacidad que hacen que sea **IMPOSIBLE**, no solo difícil, viajar hacia o desde un punto de ubicación de ruta de autobús.
2. Las personas que necesitan un elevador para sillas de ruedas y un autobús equipado con elevador para sillas de ruedas no están disponibles en la ruta cuando necesitan viajar.
3. Personas que no pueden abordar, viajar o salir de un autobús PART, incluso si pueden llegar a un punto de ubicación en la ruta y el autobús está equipado con un elevador para sillas de ruedas.

### *¿Qué es Paratransit?*

Paratransit es un servicio alternativo, de origen a destino, que responde a la demanda. Está diseñado para “complementar” el servicio de ruta fija en términos de horarios y áreas de servicio. Las disposiciones de Origen-a-Destino de la ADA significan que se proporciona **ASISTENCIA** a las personas entre la puerta de su punto de partida o destino y el vehículo de paratransit. Además, paratransit sólo se requiere para proporcionar servicio si los puntos de partida y de destino están **dentro de ¾ de una milla de una ruta fija** durante las horas en que esa ruta está en funcionamiento.

### *Por favor Complete el Formulario Apropriado para el Solicitante:*

**PARTE II:** Ser completado por un Profesional Médico calificado para una persona con **discapacidad física**.

**PARTE III:** Ser completado por un Profesional Médico, Oftalmólogo, u Optometrista calificado para una persona con **discapacidad visual**.

**PARTE IV:** Ser completado por un Profesional Médico o Psiquiatra calificado para una persona con **discapacidad mental**.

## PARTE II - DISCAPACIDAD FÍSICA

Por favor, pida a un Profesional Médico calificado que responda a las siguientes 10 preguntas de la manera más completa posible (**escriba o imprima claramente**) y firme la siguiente certificación.

1. Nombre de la persona: \_\_\_\_\_
2. Diagnóstico médico de la condición de discapacidad:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. ¿Es esta condición temporal? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_  
(*Si la respuesta es sí, la duración esperada hasta:* \_\_\_\_\_)
4. ¿Es probable que esta condición empeore? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_
5. ¿Es esta persona capaz de caminar sin la ayuda de otra persona?
  - a) 200 pies? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_ *Solo con Gran Dificultad* \_\_\_
  - b) ¼ milla? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_ *Solo con Gran Dificultad* \_\_\_
6. ¿Esta persona puede subir un escalón de 16" y dos escalones de 10"?  
*Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_ *Solo con Gran Dificultad* \_\_\_
7. ¿Esta persona puede esperar afuera sin apoyo durante 10 minutos?  
*Todo el tiempo* \_\_\_ *Algunas veces* \_\_\_ *Para nada* \_\_\_
8. ¿Es esta persona capaz de viajar en un automóvil (incluyendo entrar y salir)?  
*Todo el tiempo* \_\_\_ *Algunas veces* \_\_\_ *Para nada* \_\_\_
9. ¿Esta persona requiere el uso de alguna de las siguientes ayudas para la movilidad?

___ Silla de Ruedas	___ Animal de Servicio
___ Caña Blanca	___ Muletas
___ Andadera	___ Scooter Eléctrico
___ Asistente de Cuidado Personal	___ Coderas
___ Bastón	___ Otro (describa): _____

10. ¿Hay algún otro efecto de la condición de esta persona que el Condado de Putnam deba conocer? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_  
*Si la respuesta es sí, por favor explique:*

---

---

---

### **CERTIFICACIÓN**

Por favor revise la información médica proporcionada en esta solicitud y llene/firme la siguiente certificación según corresponda. La información que usted proporciona nos ayudará a servir a aquellos que más necesitan paratransit.

Yo, \_\_\_\_\_ certifico \_\_\_\_\_  
(Imprima nombre del profesional) (Imprima nombre del paciente)

ser una persona discapacitada y que la información médica proporcionada en esta solicitud sea precisa a mi leal saber y entender y sea consistente con el diagnóstico médico del solicitante.

*Firmado este* \_\_\_\_\_ *día de* \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico (Imprima): \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina/red: \_\_\_\_\_

Dirección de Oficina/Red: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### PARTE III – DISCAPACIDAD VISUAL

Por favor, pida a un Profesional Médico calificado, Oftalmólogo u Optometrista que responda a las siguientes 7 preguntas lo más completamente posible (**escriba o imprima claramente**) y firme la siguiente certificación.

1. Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico médico de la condición de discapacidad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Es esta condición temporal? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_  
(*Si la respuesta es sí, la duración esperada hasta:* \_\_\_\_\_)

4. ¿Es probable que esta condición empeore? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_

5. Agudeza Visual: **Ojo Derecho:** \_\_\_ / \_\_\_ **Ojo Izquierdo:** \_\_\_ / \_\_\_

6. Campo Visual: **Ojo Derecho:** Horizontal \_\_\_  
Vertical \_\_\_ **Ojo Izquierdo:** Horizontal \_\_\_  
Vertical \_\_\_

7. Hay algún otro efecto de la condición de esta persona que el Condado de Putnam deba conocer? *Sí* \_\_\_ *No* \_\_\_  
*Si la respuesta es sí, por favor explique:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN

Por favor revise la información médica proporcionada en esta solicitud y llene/firme la siguiente certificación según corresponda. La información que usted proporciona nos ayudará a servir a aquellos que más necesitan paratransit.

Yo, \_\_\_\_\_ certifico \_\_\_\_\_  
(Imprima nombre del profesional) (Imprima nombre del paciente)

ser una persona discapacitada y que la información médica proporcionada en esta solicitud sea precisa a mi leal saber y entender y sea consistente con el diagnóstico médico del solicitante.

*Firmado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_*

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico (Imprima): \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina/red: \_\_\_\_\_

Dirección de Oficina/Red: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## PARTE IV – DISCAPACIDAD MENTAL

Por favor, pida a un Profesional Médico calificado o Psiquiatra que responda a las siguientes 7 preguntas lo más completamente posible (**escriba o imprima claramente**) y firme la siguiente certificación.

1. Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico médico de la condición de discapacidad:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Cómo afecta esta condición la capacidad del individuo para usar el servicio de autobús de ruta fija PART?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Es esta persona capaz de:

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| a) ¿Dar su dirección y número de teléfono a pedido? | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |
| b) ¿Reconocer calles y números de autobús?          | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |
| c) ¿Firmar su nombre?                               | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |
| d) ¿Manejar una situación inesperada?               | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |
| e) ¿Pedir y entender direcciones?                   | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |

5. ¿Es esta condición:

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| a) Temporal   | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |
| <i>(Si la respuesta es sí, la duración esperada hasta: _____)</i> |                                 |
| b) ¿Sujeto a una mejora significativa con el tratamiento?         | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |
| c) ¿Es probable que empeore?                                      | <i>Sí</i> _____ <i>No</i> _____ |

6. ¿Debe esta persona estar acompañada mientras usa el Servicio de Paratransit del Condado de Putnam? *Sí* \_\_\_\_\_ *No* \_\_\_\_\_

7. Hay algún otro efecto de la condición de esta persona que el Condado de Putnam deba conocer? *Sí* \_\_\_\_\_ *No* \_\_\_\_\_ *Si la respuesta es sí, por favor explique:*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN

Por favor revise la información médica proporcionada en esta solicitud y llene/firme la siguiente certificación según corresponda. La información que usted proporciona nos ayudará a servir a aquellos que más necesitan paratransit.

Yo, \_\_\_\_\_ certifico \_\_\_\_\_  
(Imprima nombre del profesional) (Imprima nombre del paciente)

ser una persona discapacitada y que la información médica proporcionada en esta solicitud sea precisa a mi leal saber y entender y sea consistente con el diagnóstico médico del solicitante.

*Firmado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_*

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de Médico (Imprima): \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Nombre de la oficina/red: \_\_\_\_\_

Dirección de Oficina/Red: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_