



**ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
AUTORIDAD METROPOLITANA DE AUTOBUSES**

PROGRAMA "LLAME Y VIAJE"

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

QUIENES CUALIFICAN:

LAS PERSONAS QUE:

- a. Residan dentro del área de servicio del Programa. Esto es a la distancia de $\frac{3}{4}$ de milla adicional a las rutas servidas por la Autoridad Metropolitana de Autobuses en los Municipios de San Juan, Carolina, Guaynabo, Cataño, Toa Baja (Levittown), Bayamón, Trujillo Alto, Metrobús I, Metrobús II y los Trolleys de los Municipios de San Juan y Guaynabo.
- b. No puedan abordar, viajar o bajar de un autobús.
- c. Le sea imposible, no sólo difícil tomar o esperar en la parada de autobús. Esta es combinación de su impedimento con condiciones físicas, del terreno o área y condiciones del tiempo.
- d. Se le dificulte viajar en el sistema de ruta fija o transferir de una guagua a otra aún cuando pueda abordar o bajarse del autobús.
- e. No puedan abordar, viajar o bajar del autobús a menos que sea acompañado por persona de cuidado médico.

De acuerdo a estas condiciones usted sería elegible dentro de una de las tres categorías de elegibilidad:

CATEGORIAS DE ELEGIBILIDAD:

- a. **Sin Restricción** - La elegibilidad sin restricción se aplicará a individuos quienes han sido evaluados funcionalmente y que no pueden usar el servicio regular debido a su impedimento. Esta categoría incluye impedimentos severos, múltiples, combinados, una condición física que cause fatiga crónica o una enfermedad psiquiátrica que cause desorientación.
- b. **Temporero** - Esta aplicará a individuos con impedimentos físicos, visuales o cognoscitivos, quienes no han recibido entrenamiento de movilidad. Individuos que están experimentando impedimentos temporeros (ej. accidentes, operaciones, enfermedades) y que no pueden usar el servicio de ruta fija. Aquellas personas que tienen impedimentos visuales o cognoscitivo que no han recibido adiestramiento en la movilidad son elegibles por un período de doce (12) meses para que así puedan tomar este entrenamiento. Después de un período de doce (12) meses el período de elegibilidad se puede extender o puede ser cambiado a la categoría de su restricción basado en la recomendación de un especialista en movilidad.
- c. **Condicional** - Este tipo de elegibilidad aplicará a individuos que utilicen el servicio regular para algunos viajes, pero requieren el servicio de "LLame y Viaje" para otros viajes en circunstancias especiales. El criterio de elegibilidad se basará en el impedimento de la persona y la inhabilidad de completar un viaje en el servicio regular.

Después de haber leído la información anterior y usted entiende que su incapacidad está contemplada dentro de las categorías anteriores, por favor complete la Sección I de la solicitud. Si su impedimento no se encuentra en una de estas categorías, comuníquese a la Autoridad Metropolitana de Autobuses al 758-8112 ó 1-800-981-0097 del Programa "Llame y Viaje" o al 765-8175 del Programa de Media Tarifa.

CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD

PROCESO DE CERTIFICACIÓN

1. El Solicitante o su representante completará la Sección I (Solicitud para Certificación de Elegibilidad)
2. Su médico debe completar la Sección II (Certificación Médica).
3. Deberá incluir 2 fotos 1x1. De no poder tomarse la foto, pueden ser 2x2.
4. Autorización para verificación de su expediente médico.
5. El Programa "Llame y Viaje" enviará vía correo al solicitante, una contestación del resultado de su caso en 21 días laborables después de la fecha del recibo de su solicitud.

CONFIDENCIALIDAD

Su solicitud permanecerá en los archivos del Programa. La información médica no será compartida con personas ajenas al Programa. En el caso de que la información médica sea solicitada por otros proveedores de este tipo de servicio, para determinar su elegibilidad, entonces se les brindará la información; con la debida autorización del cliente.

INFORMACIÓN ADICIONAL

De tener dudas o necesitar información adicional se puede comunicar al Programa a través del 294-0500, ext 599.

Describa su condición:

(Marque con una X donde aplique)

_____ **Mi incapacidad me impide moverme a una parada de autobuses al iniciar o finalizar mi viaje.**

_____ **No puedo abordar, viajar o bajarme del autobús en la parada de autobuses.**

_____ **No puedo reconocer las paradas para abordar o bajarme del autobús en cualquier momento que quiera viajar.**

_____ **No puedo abordar, viajar o bajarme del autobús porque no puedo transferirme de una ruta a otra. Ejemplo: No puedo viajar a través de un terminal a autobuses. No podrá hacer transferencias de una plataforma a otra.**

_____ **Otras condiciones que me impiden usar la ruta fija aún cuando estén equipadas. (Por favor explique en detalle)**

_____ **Otras condiciones que eviten el que pueda utilizar el sistema de ruta fija equipadas con rampas. (Por favor explique en detalle)**

_____ **No puedo esperar en la parada de autobuses por más de _____ minutos porque:**

Por ejemplo: Si tiene fractura en una pierna, impedimento temporero, incapacidad intermitente (por periodos de tiempo) necesitará silla de ruedas para viajar.

Utilizo el siguiente equipo:

Escriba la S cuando utilice el equipo siempre. Escriba la P cuando utilice el equipo parcialmente o N sino lo utiliza.

___ Silla de ruedas manual

___ Bastón de ciego

___ Silla de ruedas eléctrica

___ Perro guía

___ Motora de 3 ruedas (Scooter)

___ Prótesis

___ Muletas

___ Abrazadera

___ Andador

___ Audífono

___ Bastón para apoyarse

___ Oxígeno/Ventilador
o Respirador

___ Otro (Explique) _____

Necesito ayuda del personal de cuidado médico al usar el servicio.

Sí

No

Por la presente certifico que la información anterior es correcta. Autorizo a que se complete la Sección II, que esta sea utilizada por el Programa "Llame y Viaje" para determinar mi elegibilidad para este servicio.

Firma Solicitante

Fecha

Nombre de Tutor o Guardián Legal

Firma de Tutor o Guardián Legal

Relación con Solicitante

VERIFICACION MEDICA

INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO

Deberá evaluar la capacidad funcional del solicitante y proveer información necesaria para verificar si cualifica para nuestro servicio complementario. La Ley Federal requiere que la Autoridad Metropolitana de Autobuses provea servicio a las personas que no pueden usar el servicio de ruta fija aún cuando los autobuses tengan rampa. La información que requerimos nos ayudará a evaluar mejor las necesidades específicas del solicitante.

Es necesario que describa todas las condiciones que tiene el solicitante y cómo éstas limitan su movilidad, la capacidad para el manejo de la tarifa, si puede determinar dónde puede abordar y bajar del autobús.

Los recursos de este Programa son limitados y su evaluación debe estar basada en las habilidades que tenga el solicitante para el sistema de ruta fija. Su información se considerará sólo por la incapacidad y no por la edad o situación económica del solicitante. Sea preciso en su evaluación. Información falsa podrá resultar en limitaciones de servicio para aquellas personas legítimamente calificadas para este servicio y podría ser sancionado bajo las leyes estatales y federales.

**Autoridad Metropolitana de Autobuses
Programa "Llame y Viaje"**

CERTIFICACION MEDICA

(Sección II)

Atención: Esta sección debe ser llenada por el médico que trata su impedimento. Por ejemplo: Ciego - Oftalmólogo, Paraplejía - Neurólogo, Diabetes Crónica - Endocrinólogo o de Medicina Interna, Fracturas- Ortopeda.

MOVILIDAD FUNCIONAL

1. El solicitante puede caminar a una parada sin ayuda:

1/4 milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces
1/2 milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces
3/4 milla	_____ Sí	_____ No	_____ A veces

2. Puede subir escalera usando pasamanos si estos son:

_____ 13 escalones _____ 9 escalones _____ no aplica

3. Puede esperar afuera en una parada o estación de autobuses:

_____ Sí _____ No _____ A veces ¿Cuánto tiempo? _____

4. Equipo que debe usar esta persona para caminar o trasladarse de un lugar a otro:

_____ Silla de ruedas manual	_____ Bastón para ciegos
_____ Silla de ruedas eléctrica	_____ Perro guía
_____ Motora de tres ruedas (Scooter)	_____ Prótesis
_____ Muletas	_____ Abrazaderas
_____ Andador	_____ Audífono
_____ Bastón	_____ Oxígeno, Ventilador, Respirador
_____ Otro (Explique) _____	

Iniciales del médico _____

5. Las condiciones del tiempo ¿afecta de alguna manera la incapacidad del solicitante?
Si es afirmativo por favor explique.

_____ Sí _____ No

6. El solicitante:

- a. ¿Puede dar su dirección y número de teléfono cuando se le requiere? _____ Sí _____ No
- b. ¿Reconoce calles y números de autobuses? _____ Sí _____ No
- c. ¿Puede firmar? _____ Sí _____ No
- d. ¿Puede manejar situaciones inesperadas? _____ Sí _____ No
- e. ¿Preguntar y entender direcciones? _____ Sí _____ No
- f. ¿Ser adiestrado para utilizar la ruta fija? _____ Sí _____ No
- g. ¿Caminar a través de un grupo de personas áreas complejas? _____ Sí _____ No

7. ¿Debe ir acompañado el solicitante por otra persona cuando utilice el servicio?

_____ Sí _____ No

8. Por favor provea su diagnóstico de la condición del solicitante.

9. ¿Tiene la persona un impedimento o incapacidad temporera?

_____ Sí _____ No

Si es afirmativo, por cuánto tiempo. _____

Iniciales del médico _____

10. ¿Tiene el solicitante un impedimento permanente? (No se espera mejoría)

___ Sí ___ No

11. Mencione cualquier barrera física o ambiental que ha cambiado el impedimento primario de la persona, y evita que utilice el sistema de ruta fija.

ATENCIÓN: Las barreras físicas o ambientales puede incluir ruido excesivo, terreno desconocido, rótulos de los autobuses, condiciones del tiempo, etc.

12. ¿El impedimento primario que tiene el solicitante le evita utilizar el sistema de ruta fija de la AMA?

___ Sí ___ No

Si la pregunta núm. 12 es afirmativa, por favor marque en la núm. 13 con una X todas las condiciones que tiene la persona.

13. La columna 1 representa lo relacionado al deterioro fisiológico, la columna 2 indica cuando ha sido afectado algún sistema del cuerpo.

CÓLUMNA 1

COLUMNA 2

___ Musculoesqueletal

___ Cardiovascular

___ Neuromuscular

___ Sistema Unfático

___ Distrofia Muscular

___ Sistema Endocrino

___ Epilepsia

___ Tratamiento Inducido

___ Esderosis Múltiple

___ Terapia Radiación

___ Neurosensorial

___ Quimioterapia

Iniciales del médico _____

COLUMNA 1

- Órganos sensitivos**
- Visual**
- Habla (Atosia)**
- Audición**
- Pulmonar o respiratorio**
- Bronquitis**
- Asma**

COLUMNA 2

- Diálisis Renal**
- Diabetes**
- Otros (explique) _____**

14. Deterioro cognoscitivo o fisiológico (marque todos los que apliquen)

- Retardación mental**
- Síndrome orgánico cerebral**
- Enfermedad mental o emocional**
- Problemas de aprendizaje**
- Otros (explique) _____**

**Nombre en letra de molde
(Médico)**

Firma

Núm. Licencia

Dirección y Teléfono

AUTORIZACION PARA VERIFICACION DE EXPEDIENTE MEDICO

Haga una evaluación completa. Información falsa o incorrecta podrá afectar y limitar el servicio a aquellas personas legítimamente cualificados.

El Programa "Llame y Viaje" podrá verificar la información provista por el solicitante.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip code: _____

Teléfono: _____ Lic. Núm. _____

Agencia: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Título: _____ Núm. Registración: _____

Cualquier persona que intente defraudar u ofrezca información falsa en su solicitud será razón para no ser elegible o discontinuarle los servicios. Como consecuencia de esto el individuo podría estar sujeto a otras penalidades de índole criminal.

Verifique que toda la información es correcta y que los blancos correspondientes estén llenos. Asegúrese que la solicitud esté firmada y con la fecha correcta. Puede entregarla personalmente en la Oficina de Media Tarifa en el Terminal de Capetillo o en las Oficinas del Programa "Llame y Viaje" localizadas en la Autoridad Metropolitana de Autobuses (Oficinas Centrales) en la Avenida De Diego #37, Río Piedras. También la puede enviar por correo al Programa "Llame y Viaje" P.O. Box 195349 San Juan, P.R. 00919-5349.