

RTA Parte 2. Verificación profesional

Nombre del solicitante _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

1. ¿Cuál es el diagnóstico de la discapacidad del solicitante? Por favor describa específicamente como sea posible en términos simples. _____

2. ¿La condición del solicitante le impide usar el servicio de autobús regular?

No Sí Si respondió que sí, cuéntenos por qué _____

3. ¿Es la condición del solicitante temporal? Sí No

Si respondió que sí, la duración esperada es de _____ meses.

La siguiente información se utilizará para garantizar que se utilice el tipo de vehículo apropiado para proporcionar transporte y la RTA procesa un análisis preciso de la solicitud de viaje del solicitante.

4. ¿El solicitante usa algún dispositivo de movilidad? Sí No

Si respondió que sí, ¿de qué tipo?

Silla de ruedas Scooter Andador Muletas Bastón

Otro _____

5. ¿Puede el solicitante ser transferido de una silla de ruedas u otro dispositivo de movilidad a un asiento de pasajero si fuera necesario? Sí No

6. ¿Necesita el solicitante a un Asistente de Cuidado Personal (PCA) para viajar?

Sí No

7. ¿Puede el solicitante viajar 200 pies sin ayuda? Sí No

8. ¿Puede el solicitante viajar un cuarto de milla sin ayuda? Sí No

9. ¿Puede el solicitante subir tres escalones de doce pulgadas sin ayuda?

Sí No

10. ¿Puede el solicitante esperar afuera sin apoyo durante treinta minutos?

Sí No

11. ¿Puede el solicitante dar una dirección y números de teléfono a petición?

Sí No

12. ¿Puede el solicitante reconocer un destino o punto de referencia?

Sí No

13. ¿Puede el solicitante manejar situaciones inesperadas o cambios de rutina inesperados?

Sí No

14. ¿Puede el solicitante pedir, comprender y seguir instrucciones?

Sí No

15. ¿Puede el solicitante viajar, de manera segura y efectiva, a través de instalaciones con mucha gente y/o complejas?

Sí No

16. ¿Puede el solicitante usar el servicio de autobús regular si se le proporciona capacitación sobre el uso del sistema de tránsito?

Sí No

Por favor marque solo uno de los siguientes:

El solicitante puede usar autobuses regulares de transporte público.

El solicitante no puede usar el transporte público regular en absoluto.

El solicitante puede usar el transporte público regular solo a destinos para los cuales el solicitante haya sido capacitado.

El programa de paratransito de la Autoridad Regional del Tránsito es un programa asistido por el gobierno federal. Al firmar este documento, el profesional de atención médica licenciado que se indica a continuación certifica la veracidad y exactitud de la información anterior según su leal saber y entender, bajo la penalidad de las leyes federales, estatales y locales aplicables.

En letras de imprenta:

Nombre del profesional médico _____

Dirección de la oficina _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

No. de teléfono de la oficina _____

No. de Licencia profesional de Louisiana # _____

(Requerido)

Firma _____ Fecha _____

Por favor marque el que se aplique a usted:

Médico Consejero de Rehabilitación Vocacional

Otro: _____