



VAMONOS

Solicitud sobre el Criterio de Selección

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por Roadrunner Transit (Servicio de Transporte) de la Ciudad de Las Cruces, para proveer el servicio de transporte VAMONOS. La información solo será compartida con los proveedores de transporte para facilitar el viaje en esas áreas y no se le proporcionará a ninguna otra persona o agencia

1. Nombre: _____
2. Dirección: _____
_____ Estado: _____ Código Postal: _____
3. Número de Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____
4. Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

5. ¿Cuál es su discapacidad/impedimento físico, el cual no le permite utilizar el transporte público? _____ _____
¿Su condición es temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, fecha de duración hasta: _____ / _____ / _____

6. ¿Cómo esta discapacidad/Impedimento físico no le permite utilizar el transporte público? Por favor explique a detalle. (Agregue una hoja si es necesario). _____ _____ _____ _____ _____
7. ¿Hay alguna otra implicación/efecto de su discapacidad que nosotros necesitemos saber? _____ _____ _____

La siguiente información será utilizada para asegurarnos que se utilice el vehículo apropiado para su transporte, y para que VAMONOS haga un análisis exacto de su petición.

8. ¿Utiliza usted alguno de los siguientes aparatos de ayuda para moverse? (Marque todo lo que aplique)

Silla de Ruedas () Manual () Eléctrica Silla/ Patineta Eléctrica con llantas Bastón

Ayudante de Asistencia Personal Muletas Perro Guía Otro: _____

9. ¿Requiere que su Ayudante de Asistencia Personal viaje con usted cuando utilice este medio de transporte?

Si No

10. Por favor conteste las siguientes preguntas:

a. ¿Puede usted desplazarse/caminar 200 pies sin la ayuda de otra persona?

Si No A veces _____

b. ¿Puede usted desplazarse/caminar ¼ de milla sin la ayuda de otra persona?

Si No A veces _____

c. ¿Puede usted subir 3 escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

Si No A veces _____

d. ¿Puede usted esperar afuera sin ayuda durante 10 minutos?

Si No A veces _____

11. Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

12. Si la solicitud ha sido llenada por alguien que no sea el/la solicitante, dicha persona debe de llenar lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Para permitirle al Coordinador de VAMONOS que evalúe su petición, podría ser necesario que se comunique con un médico o con otro profesional para confirmar la información que usted ha proporcionado. Por favor llene la siguiente información.

Médico_____ Profesional de Atención de Salud_____ Rehabilitación o Agencia Profesional de Servicios Sociales__(marque uno) está informado de mi discapacidad y está autorizado a proporcionar información a VAMONOS para concluir esta certificación.

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ Estado:_____ Código Postal:_____

Número de Teléfono:_____

Nombre en Letra de Molde:_____

Firma:_____ Fecha:_____/_____/_____

Esta solicitud está disponible en diferente formato si lo solicita
(575) 541-2777/ Voz

MANDE LA SOLICITUD COMPLETA A:

**ROADRUNNER TRANSIT
VAMONOS COORDINATOR
P. O. BOX 20000
LAS CRUCES, NM 88004**

**☎ PREGUNTAS DIRECTAS:
(575) 541-2777**

PETICION PARA VERIFICACION PROFESIONAL

El Formulario de Autorización adjunto ha sido entregado por _____, El cual ha indicado que usted puede proporcionar información en referencia a su discapacidad e implicaciones, para cumplir con los requisitos del uso de servicio de transporte VAMONOS. La ley Federal requiere que el Transporte Roadrunner de la Ciudad de Las Cruces proporcione "servicios de transporte individualizados sin rutas ni horarios fijos" (paratránsito) para personas con discapacidades que no puedan utilizar un servicio de transporte publico regular. La información que usted proporcione nos ayudará a hacer una evaluación apropiada de esta solicitud y las peticiones de transporte específicas. Gracias por su cooperación.

¿Cómo conoce usted al solicitante?: _____

Diagnostico médico de la condición que causa la discapacidad: _____

¿Es esta condición temporal? No Si

Si la respuesta es Sí, expectativa de duració hasta ____/____/____

Si la persona tiene una discapacidad que afecta su movilidad:

Puede la persona:

¿Caminar 200 pies sin asistencia?

Si__ No____ A veces _____

¿Caminar ¼ milla sin asistencia?

Si__ No____ A veces _____

¿Subir tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia?

Si__ No____ A veces _____

¿Esperar afuera sin ayuda por 10 minutos?

Si__ No____ A veces _____

¿Usar algún aparato para ayuda ambulatoria? Si es así, ¿cuál? _____

Si la persona tiene algún impedimento visual:

Agudeza Visual con la mejor corrección: ____Ojo Derecho ____Ojo Izquierdo____Ambos Ojos

Campo Visual: ____Ojo Derecho ____Ojo Izquierdo ____Ambos Ojos

Si la persona tiene discapacidad cognitiva. Puede la persona:

¿Dar direcciones y números de teléfono cuando se le piden? ____Si ____No

¿Reconoce el destino o un punto destacado? ____Si ____No

¿Encargarse de situaciones no esperadas, o puede encargarse de un cambio inesperado en la rutina? ____Si ____No

¿Pedir, entender, y seguir indicaciones? ____Si ____No

¿Puede viajar/desplazarse en lugares/instalaciones complejas o aglomeradas de manera segura y eficaz? ____Si ____No

¿Hay alguna otra implicación de su discapacidad acerca del cual el Departamento de Transporte Roadrunner de la Ciudad de Las Cruces deba de estar informado? Por favor describa: _____

Su nombre y ocupación: _____

Dirección de oficina: _____

Número telefónico de la oficina: _____

Firma: _____ Fecha: _____/_____/_____