



## Aplicacion para el servicio de transportacion de Santa Fe Ride

Este paquete incluye información importante sobre su solicitud para el programa de Santa Fe Ride. El programa de Santa Fe Ride proporciona transporte para personas que no pueden usar el transporte público regular, parte o todo el tiempo debido a una discapacidad o condición relacionada con la salud.

Para poder utilizar el programa de Santa Fe Ride, debe estar certificado como elegible. La elegibilidad se determina caso por caso. Según las regulaciones de America con Discapacidad, la elegibilidad se limita estrictamente a aquellos que tienen limitaciones específicas que les impiden usar el transporte público accesible.

Al enviar su solicitud usted puede ser aprobado para la elegibilidad completa (incondicional) o en una base limitada para algunos viajes solamente (elegibilidad condicional). Si se encuentra que es capaz de utilizar el transporte regular de autobús y tren para todos los viajes, sin la ayuda de otra persona, usted no será elegible para nuestra transportacion (Paratransit).

Para determinar si usted es elegible para el servicio de transportacion (Paratransit) de America con Discapacidad, por favor llene la solicitud adjunta por completo, las solicitudes incompletas serán enviadas de vuelta. También hay una sección para que su proveedor de atención médica llene. Por favor, asegúrese de que todas las preguntas sean contestadas. **NO AGREGUE NI ALTERE LA PORCIÓN DEL DOCTOR DE LA APLICACIÓN HACIENDOLO LO ANULARÁ Y SERÁ ENVIADO DE VUELTA.** Toda la información proporcionada por el solicitante se mantendrá estrictamente confidencial. Si usted tiene cualesquiera preguntas en llenar la aplicación, sienta por favor libre de entrar en contacto con nuestra oficina al (505) 473-4444.

La incapacidad por sí sola no establece la elegibilidad del servicio de Transportacion (Paratransit) de America con Discapacidad; la decisión se basa únicamente en la capacidad funcional del solicitante para utilizar el servicio de transporte de ruta fija de Santa Fe Trails. Santa Fe Ride es para aquellos que no tienen las capacidades funcionales para acceder y montar el servicio regular de tránsito fijo de ruta.

Un proceso de solicitud completado puede tardar hasta veintiún (21) días calendario de envío. Si Santa Fe Ride no ha hecho una determinación de elegibilidad dentro de los 21 días de recibir una solicitud completada, el solicitante será tratado como elegible y proporcionado servicio hasta y a menos que Santa Fe Ride deniegue la solicitud. Una vez que recibimos la solicitud nos pondremos en contacto con usted para venir a una entrevista para determinar su elegibilidad. Proporcionaremos transporte gratuito hacia y desde la entrevista si es necesario. El programa Santa Fe Ride sólo transporta en los límites de la ciudad de Santa Fe. Santa Fe Ride es un servicio de "origen a destino" y la acera para frenar el transporte es el medio principal por el cual se proporcionará el servicio.

Gracias por su interés en el programa Santa Fe Ride, usted puede enviar su solicitud al servicio de tránsito P.O. Box 909 Santa Fe, NM 87507 o traer a la oficina, o puede ser enviada por fax a (505) 955-2049.



## Aplicación de transportación para personas con discapacidad.

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por la Ciudad de Santa Fe para la prestación de servicios de transporte. La información sólo se compartirá con otros proveedores de tránsito para facilitar los viajes en esas áreas. La información no se proporcionará a ninguna otra persona / agencia.

o Solicitante por primera vez

o Solicitante de Renovación – Numero de Tarjeta # \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_
2. Direccion \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Area \_\_\_\_\_  
Postal \_\_\_\_\_  
Direccion De Correo Si Es  
Diferente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Area Postal \_\_\_\_\_
3. Numero De Telefono (Casa) \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_
4. Fecha De Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
5. Marque todas las que apliquen: Hispano \_\_\_ Asiatico \_\_\_ Nativo Americano \_\_\_  
Afroamericano \_\_\_ Caucasico \_\_\_ Otro \_\_\_
6. Idioma Principal: (Ingles) \_\_\_ (Español) \_\_\_ (otro) \_\_\_
7. Veterano; (si) (no) , Si es veteran porfavor demuestre documentasion apropiada
8. Cuál de las siguientes opciones describe mejor su discapacidad?

- A.** La condición que tengo me impide utilizar el sistema de las rutas de camiones (Santa Fe Trails Bus Service) permanentemente.
- B.** Mi condición es temporal y yo debería ser capaz de utilizar el sistema de las rutas de camiones (Santa Fe Trails Bus Service) el (fecha). \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- C.** Mi condición es intermitente el \_\_\_% del tiempo y no voy a a poder ser capaz de utilizar el sistema de rutas de camiones. (Santa Fe Trails Bus Service)

**9. ¿Cambia su discapacidad día a día o estacionalmente?**

**Si**       **No**

**Si es así, por favor explique:** \_\_\_\_\_

**10. ¿Las condiciones que describe cambian de un día a otro de una manera que afecte su capacidad para viajar en el servicio de autobús regular**

**Si, Vienen en unos días, mal en otros.**       **No, Nunca Cambia.**       **No lo se.**

**11. Como su discapacidad le impide usar el servicio de las rutas de camiones (Santa Fe Trails Bus Service)? Explíquelo por completo. Use hojas adicionales si es necesario.**

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

**12. ¿Sería posible de llegar a y regresar de la parada de transporte público más cercana a su casa?**

**Si**       **No**       **Alveses**

**Si no o alveses, por favor explique porque?**

\_\_\_\_\_

**13. Como describirias el terreno donde vives? (ejemplo..., colina planas, empinadas, Colinas de pendiente gradual)**

\_\_\_\_\_

**14. Su discapacidad le dificultad comprender y recorder como encontrar su camino hacia y desde la parada de autobus**

**Yes**       **No**

**15. Hay otros efectos de su discapacidad de los cuales debemos estar conscientes?**

\_\_\_\_\_

**La siguiente información será usada para asegurar que un vehículo apropiado sea utilizado para proveer su transporte y que un análisis exacto de sus solicitudes de viaje pueda ser hecho por la Ciudad de Santa Fe.**

**16. Usa alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (marque todo lo que corresponda)**

- Silla de ruedas manual       Caña       Animal de Servicio  
 Scooter motorizado       Caminante       Asistente de Cuidado Persona  
 Silla de ruedas eléctrica       Muletas

**17. Si usa silla de rueda manual o (eléctrica) el peso combinado de usted y la silla es mas de 800 libras**

SI     NO     NO APLICA

**18. Si usa silla de rueda manual o (eléctrica), su residencia tiene una rampa de sillas de ruedas?**

YES     NO

**Si no tiene asfalto, cuantos escalones tiene? \_\_\_\_\_**

**Si Mas de un (1) Escalon, como transporta su silla de rueda al nivel de la calle.**

---

**19. Necesita un cuidador personal cuando viaja con transporte public?**

Yes     No

**20. Por favor conteste todas las siguientes preguntas.**

- **Puede viajar una cuadra sin la ayuda de otra persona?**

SI     NO     A veces

- **Puede viajar 5 cuerdas sin la ayuda de otra persona?**

SI     NO     A veces

- **Puede subir tres escalones de 12 pulgadas sin asistencia?**

SI     NO     A veces

- **Puede esperar afuera si apoyo por 10 minutos?**

SI     NO     A veces

**21. Cual de las siguientes declaraciones major describe su situasion si tiene que esperar afuera por su transporte**

- Podria esperar por 10 a 15 minutos con o sin asistencia dispositivo movil
- Podria esperar por 10 a 15 minutos nadamas si tuviera un asiento o dispositivo Movil.
- Nesesitaria que alguien estuviera con migo esperando porque?
- 

**22. Yo aseguro que la informacion dada es corecta?**

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**23. Nombre de contacto de emergencia** \_\_\_\_\_

**Numero de Telefono** \_\_\_\_\_

**Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita el servicio, esa persona debe completar lo siguiente:**

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Direccion** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_

**Area Postal** \_\_\_\_\_ **Numero de Telefono** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**Regresa Forma: TRANSIT SERVICE**

**P.O. BOX 909**

**SANTA FE, NM 87504-0909**



## LIBERACION DE INFORMACION

Para permitir que la Ciudad de Santa Fe evalúe su solicitud, puede ser necesario comunicarse con el médico o otro profesional con licencia para confirmar la información que proporcionarán cuando presente lo siguiente: "Solicitado para verificación profesional". Envíe únicamente las solicitudes completas, las solicitudes incompletas no se procesarán.

La persona que complete el formulario de "Solicitud verificación profesional" es: (marque uno)

\_\_\_\_\_ Medico                      \_\_\_\_\_ Profesional de la Salud  
\_\_\_\_\_ Profesional de rehabilitacion

Esta persona está familiarizada con los efectos de mi discapacidad y está autorizada para completar la verificación profesional de la Ciudad de Santa Fe requerida para completar este proceso de certificación.

Nombre \_\_\_\_\_  
(Nombre de Medico o Profesional)

Direccion \_\_\_\_\_  
(Direccion de Medico o Profesional)

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Telefono de día \_\_\_\_\_ Numero de Fax \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Nombre de Apicante)

**Las siguiente formas son en ingles para su medico o Profesional!!**



## REQUEST FOR PROFESSIONAL VERIFICATION

**THIS SECTION TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN, NURSE OR STATE LICENSED SOCIAL WORKER. ANY ALTERATIONS, DELETIONS OR ADDITIONS BY APPLICANT SHALL MAKE THIS APPLICATION VOID.**

Note: Questions #1 through #8 must be completed by **ONLY** the Physician, Nurse or State Licensed Social Worker to process the application. If the application is incomplete it will be mailed back.

Dear \_\_\_\_\_,  
(Physician's Name)

The attached authorization form has been submitted by \_\_\_\_\_  
(Applicant's Name)

Has indicated that you can provide information regarding his/her disability and its impact upon his/her ability to utilize our fixed route transit service (Santa Fe Trails Bus Service). Federal law requires that the City of Santa Fe provide paratransit services to persons who cannot utilize available bus service (Santa Fe Bus Service). The information you provide will allow us to verify his/her medical condition and how it effect of their ability to get around on their own. Your evaluation of each person must be based solely upon their functional abilities to use regular fixed route transit service, not on their age or medical diagnosis. Thank you for your cooperation in this matter. **All questions must be answered for this form to be considered complete.**

If you have any questions call (505) 955-2002

1. Capacity in which you know the applicant:

I am his/her \_\_\_\_\_.  
(patient's name)

2. Which of the following best describes your client's (patient's) disability?

- \_\_\_\_\_ a. The condition is permanent
- \_\_\_\_\_ b. The condition is temporary and he/she should be able to use the fixed route system (Santa Fe Trails Bus Service) by \_\_\_\_\_ (date).
- \_\_\_\_\_ c. The condition is intermittent \_\_\_\_\_% of the time and he/she will not be able to use the fixed route system (Santa Fe Trails Bus Service).

If you selected C please explain you answer

---

3. If the person has a disability affecting mobility, is the person:

Able to walk one city block without the assistance of another person?

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sometimes

Able to travel 5 city blocks without the assistance of another person?

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sometimes

Able to climb three 12-inch steps without assistance?

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sometimes

Able to wait outside without support for ten minutes?

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sometimes

Does this person use any mobility aids? If so what?

Does this person require a private care attendant when traveling public transportation (Santa Fe Ride)?

\_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sometimes

4. If the person has a visual Impairment:

Visual Acuity with Best Correction:

Right eye \_\_\_\_\_ Left eye \_\_\_\_\_ Both Eyes \_\_\_\_\_

Visual fields:

Right eye \_\_\_\_\_ Left eye \_\_\_\_\_ Both Eyes \_\_\_\_\_

Can the person read 12 inch font print? \_\_\_\_\_ yes \_\_\_\_\_ no

5. If the person has a cognitive disability:

Is the person able to:

Give addresses and telephone number on request?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yes

Recognize a destination or landmark?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yes

Deal with unexpected situations or unexpected change in routine?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yes

Ask for, understand, and follow directions?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yes

Safely and effectively travel through crowded and/or complex facilities?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Yes

6. Please describe below in detail what the disability of your patient is.

---

---

7. Please describe in detail why does the disability indicated above prevents her/him from using the Santa Fe Trail bus service and needing them to use the Santa Fe Ride Paratransit Service? (Example: Patients medical treatment(S) leave him/her exhausted for them to walk to a bus stop.)

---

---

8. Please indicate if the applicant has a physical or a mental disability, and is there any other effect of the disability of which the City of Santa Fe should be aware?

---

Physician Name (Print): \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_

Office Phone Number: \_\_\_\_\_

Physician/Healthcare Professional Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**RETURN FORM TO: TRANSIT SERVICE  
P.O. BOX 909  
SANTA FE, NM 87504-0909**

