

De conformidad con la Ley de Discapacidades Americanas (ADA, por sus susa), Nashua Transit System (NTS) proporciona viajes compartidos, reserva avanzada, origen al servicio de destino para las personas discapacitadas que no pueden utilizar servicios regulares de transporte público de ruta fija debido a sus discapacidades.

Para ser elegible para el servicio, las limitaciones funcionales de la discapacidad de una persona deben impedir el uso de autobuses regulares de ruta fija. **El servicio de paratransit no está disponible para las personas que encuentran incómodo o inconveniente para llegar y salir de las paradas de autobús.**

Tenga en cuenta que Nashua Transit System proporciona dos tipos de transporte público:

1. Los buses **de ruta fija** proporcionan servicio en las paradas de autobús designadas a lo largo de rutas específicas de acuerdo con los horarios establecidos. Muchos autobuses de ruta fija tienen características para facilitar la conducción a las personas con discapacidades, incluidos los ascensores para sillas de ruedas y los pasamanos para entrar y salir del autobús.
2. **El Servicio de Paratransit** es un viaje compartido, reserva avanzada, origen al servicio de transporte público de destino para las personas cuya discapacidad les impide viajar en autobuses de ruta fija. Debe recibir la aprobación certificada para utilizar este servicio y debe llamar con antelación para hacer una reserva para viajar.

*Nota: Los visitantes elegibles para ADA de fuera del área de servicio de NTS también pueden utilizar el servicio de paratransit ADA de NTS para cualquier combinación de 21 días de servicio durante cualquier período de 365 días que comience con el primer uso del servicio del visitante. Los visitantes que deseen recibir servicio más allá de este período de 21 días deben solicitar elegibilidad a través de NTS.*

**Las solicitudes DEBEN SER CERTIFICADAS por un profesional de la salud con licencia o certificado cada tres (3) años y dentro de los treinta (30) días posteriores a la expiración.**

Su capacidad para viajar en autobuses de ruta fija será evaluada a través del uso de esta aplicación, y en algunas circunstancias, una entrevista en persona. Cada solicitud se evaluará caso por caso, teniendo en cuenta toda la información proporcionada.

Las solicitudes se procesan en el orden en que se reciben. En caso de que NTS no complete la determinación dentro de los 21 días se dará la elegibilidad presuntiva hasta que se complete el proceso.

**Es muy importante que la aplicación se llene por completo. Las solicitudes incompletas e ilegibles no serán procesadas y serán devueltas.**

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud o servicios de paratransit, comuníquese con el Gerente de Movilidad de Tránsito al (603) 821-2030.

Envíe las solicitudes ADA completadas a la siguiente dirección o envíelas por fax al (603) 821-2042.

Nashua Transit System  
11 Riverside Street  
Nashua, NH 03062



**Solo para uso de Office**

ID #: \_\_\_\_\_ Fecha de Caducidad: \_\_\_\_\_

(Circulo) Aprobada / Negado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Solicitud de transporte ADA**

nueva aplicación

solicitud de renovación

solicitud de visitante

**PARTE 1: INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre (Impresión): \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Inicial) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_  
(Apto#)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_  
(Apto#)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono (principal): \_\_\_\_\_ (Secundario): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia

Nombre (impresión): \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono (principal): \_\_\_\_\_ (Secundario): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## PARTE II: SOLICITAR LA CERTIFICACIÓN ADA

**1. Por favor, marque todas las casillas aplicables de ayudas de movilidad o equipos que utilice actualmente.**

- |                                                                      |                                                                       |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baste                                       | <input type="checkbox"/> Caminante                                    | <input type="checkbox"/> Scooter Propulsado por       |
| <input type="checkbox"/> Bastón Ortopédico (3-4 Punta)               | <input type="checkbox"/> Ortopédicos                                  | <input type="checkbox"/> Respirador/Tanque de Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Caña Blanca Larga (con discapacidad visual) | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual                       | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Alimentada   |
| <input type="checkbox"/> Servicio de/Guía Animal                     | <input type="checkbox"/> Muletas                                      | <input type="checkbox"/> Prótesis                     |
| <input type="checkbox"/> Otros _____                                 | <input type="checkbox"/> No necesito ningún dispositivo de asistencia |                                                       |

**2. Por su cuenta, o utilizando su dispositivo de asistencia, ¿hasta dónde puede viajar en tierra nivelada?**

- |                                                                              |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Puedo llegar a la acera desde mi casa/ apartamento. | <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 6 cuadras (1/2 milla). |
| <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 3 cuadras (1/4 milla).           | <input type="checkbox"/> Puedo viajar hasta 9 cuadras (3/4 milla). |

**3. Por su cuenta, o utilizando su dispositivo de asistencia, ¿cuál es el período de tiempo más largo que puede soportar y esperar el transporte?**

- |                                       |                                        |                                                     |
|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1-15 minutos | <input type="checkbox"/> 15-30 minutos | <input type="checkbox"/> no puedo esperar sin ayuda |
|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|

**4. SIN la ayuda de otra persona, ¿puede:**

- |                                                                            |                             |                             |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| ¿Pedir, entender y seguir instrucciones escritas o habladas?               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| ¿Cruzar la calle, ya sea por su cuenta o con un dispositivo de asistencia? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| ¿Salir de una acera de la acera?                                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| ¿Encontrar su camino a la parada de autobús si se muestra el camino?       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| ¿Viaja por su cuenta sin un asistente de cuidado personal?                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |
| ¿Ir de la puerta de tu casa al autobús?                                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces |

**5. ¿Su estado se ve afectado por el clima (es decir, nieve, hielo, lluvia, etc.)?**

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

**En caso afirmativo, sírvase explicar:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**6. ¿Cuál es el estado de su condición?**

- Corto Plazo: Indique la duración esperada de su condición: \_\_\_\_\_ mes(s).
- a largo plazo: La condición tiene potencial de mejora o largos períodos de remisión.
- Permanente: La condición no mejorará.

**7. ¿Ha utilizado o ha utilizado alguna vez nuestros servicios de ruta fija?**

- Sí
- No
- A veces

**8. NTS ofrece capacitación en viajes a personas que podrían utilizar el sistema nts city bus todo o parte del tiempo para viajes de rutina en lugar del servicio de paratransit NTS City Lift. ¿Le interesaría el entrenamiento de viaje?**

- Sí
- No

**PARTE III: ENCUESTA OPCIONAL**

*Las preguntas de esta página son opcionales y no se usarán para determinar la elegibilidad. Por favor, tómese el tiempo para responder a las siguientes preguntas, ya que pueden ayudarle a entender el sistema NTS city bus y ayudará a NTS a determinar si el entrenamiento de viaje podría ser su mejor opción.*

**1. Destino(s) frecuente(s) Paradas de autobús más cercanas(s)**

_____	_____
_____	_____
_____	_____

**2. ¿Cómo viaja actualmente a sus destinos más frecuentes? Compruebe todo lo que corresponda:**

- Autobús urbano
- City Lift
- Medicaid
- Taxi
- Alguien me impulsa
- Conducirme
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**3. ¿Necesita transporte al menos tres (3) veces a la semana para viajes regulares a un destino en particular?**

- Sí
- No

**En caso afirmativo, compruebe todo lo que corresponda:**

- Diálisis
- Terapia de
- Trabajo voluntario
- Centro de la tercera edad
- Colegio
- Trabajo
- de la guardería para adultos
- Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

## PARTE IV: CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico lo mejor que sé y capacidad, la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Por la presente autorizo al profesional que ha completado la PARTE V de esta solicitud a divulgar información sobre mi discapacidad o condición de salud y su efecto en mi capacidad para viajar en el servicio de autobús de la ciudad NTS. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento. A menos que se revoque anteriormente, este formulario permitirá al profesional que completa la PARTE V divulgar la información descrita hasta 60 días a partir de la fecha en que el Gerente de Movilidad de NTS revise con usted esta solicitud. Entiendo que toda la información médica, que se proporciona, sobre mi discapacidad o condición de salud se mantendrá estrictamente confidencial dentro de los límites de la ley.

Entiendo que la aprobación de esta certificación será por un plazo de tres (3) años y es mi responsabilidad iniciar la recertificación dentro de los treinta (30) días posteriores a la expiración.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### PROCESO DE APELACIÓN DE ESTADOUNIDENSES CON DESABILITAS (ADA)

Si su determinación de elegibilidad paratransit de ADA resulta en una constatación de no elegible para recibir servicio de paratransit o en una determinación de elegibilidad limitada o condicional y usted siente que esta determinación se ha tomado por error, usted tiene derecho a apelar esta determinación.

Para presentar esta apelación debe notificar a NTS por escrito dentro de los 60 días de la fecha en la carta de determinación. Después de que se reciba su apelación, se programará una audiencia para evaluar su caso. El proceso de audiencia (que no debe tomar más de 30 días) le permitirá presentar información y argumentos en su nombre. Es posible que tenga otras personas presentes que estén bien informados de su discapacidad física o mental y que puedan hablar en su nombre, pero deben pagar el costo de estos otros portavoces. Después de la audiencia se le informará por escrito de la decisión de la junta de apelación. La decisión de la sala de recurso es firme.

NTS no está obligado a proporcionarle servicio de paratransit mientras su apelación está bajo consideración. Si la junta de apelación no ha tomado su decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su apelación, usted tiene derecho a paratransit service desde ese momento hasta que se tome una decisión final.

Si actualmente tiene elegibilidad para ADA, entonces su elegibilidad y sus condiciones no cambiarán durante 60 días después de una determinación de recertificación para dar al solicitante tiempo para pasar a otros medios de transporte, recibir capacitación de viaje y/o presentar una apelación. Si presenta una apelación, su elegibilidad de servicio cambiará inmediatamente a la espera del resultado de su apelación.

**Si esta solicitud fue completada por otra persona, proporcione la siguiente información.**

Nombre (impresión): \_\_\_\_\_ Numero de Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Agencia o Clínica (si corresponde): \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

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

## PARTE V: CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

**Esta porción DEBE SER COMPLETADA por un profesional de la salud con licencia o certificado**

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus sus puntos de vista) requiere que se impida el servicio provisional de paratransit a cualquier persona a la que se le impida usar el sistema de tránsito regular, debido a limitaciones físicas o mentales, y que viaje en un área atendida por el sistema.

El solicitante que le ha pedido que revise y firme este formulario está buscando elegibilidad para el servicio de transporte especializado paratransit. Esta solicitud tiene por objeto determinar si el solicitante puede utilizar servicios de tránsito regulares o si requiere origen en el servicio de destino.

Los recursos para este programa son limitados, así que por favor ejerza atención en la evaluación de este solicitante. Su evaluación debe basarse únicamente en la capacidad del solicitante para utilizar servicios de tránsito regulares. La verificación falsa podría dar lugar a limitaciones de viaje para las personas legítimamente calificadas para usar este programa.

Por favor revise cuidadosamente la información proporcionada por el solicitante y responda las preguntas a continuación.

Nombre del solicitante (impresión): \_\_\_\_\_

**1. Marque todas las discapacidades que impiden al solicitante utilizar servicios fijos de autobús de ruta. Las condiciones que lo hacen incómodo o inconveniente NO deben ser revisados.**

### Neuromuscular

- |                                              |                                                                    |                                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis            | <input type="checkbox"/> Distrofia Muscular                        | <input type="checkbox"/> Cuadriplejia        |
| <input type="checkbox"/> Amputación          | <input type="checkbox"/> Paraplejia                                | <input type="checkbox"/> Espina Bífida       |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson                   | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/lesión cerebral | <input type="checkbox"/> Polio               |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____         |                                                                    |                                              |

### Cardiovascular

- |                                            |                                                            |                                              |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Trombosis (Crónica) |
| <input type="checkbox"/> Asma              | <input type="checkbox"/> Enfisema                          | <input type="checkbox"/> Otro: _____         |
| <input type="checkbox"/> Ataque Plmonar    | <input type="checkbox"/> Pulmonar Crónico                  |                                              |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística | <input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat Periférica    |                                              |

### Cognitivo/Psicológico

- |                                                  |                                                       |                                        |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Traumatismo Craneoencefálico | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> El trastorno de pánico  | <input type="checkbox"/> Del Autismo                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |
| <input type="checkbox"/> Demencia                | <input type="checkbox"/> Fobia                        |                                        |

### Medicina general

- |                                           |                                               |                                       |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sida             | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Piel | <input type="checkbox"/> Lupus        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Grave) | <input type="checkbox"/> Epilepsia (Grave)    | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Del Cáncer           |                                       |

### Visión y audición

- El Deterioro de la Visión  uno ojo  ambos ojos      Legalmente Ciegos  uno ojo  ambos ojos
- Totalmente Ciego  uno ojo  ambos ojos      Sordos  uno oído  ambos orejas
- Otro: \_\_\_\_\_

### Ayudas a la movilidad

- |                                                                              |                                                     |                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Baste                                               | <input type="checkbox"/> Caminante                  | <input type="checkbox"/> Scooter Propulsado por |
| <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Manual                              | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas Alimentada | <input type="checkbox"/> Servicio/Guía Animal   |
| <input type="checkbox"/> <u>No</u> requiere ningún dispositivo de asistencia |                                                     | <input type="checkbox"/> Otros _____            |

**2. ¿Qué discapacidad impide que el solicitante circule por el sistema regular de autobuses? Se requiere un diagnóstico detallado. Por favor, sea lo más específico posible sin usar códigos de diagnóstico.**

---

---

---

**3. Describir cómo esta discapacidad afecta la capacidad funcional del solicitante para viajar por el sistema de autobuses regular.**

---

---

---

**4. ¿Esta condición es a corto plazo, a largo plazo o permanente? Si es a corto plazo, ¿cuál es la duración esperada?**

---

---

---

**5. ¿Requiere la discapacidad del solicitante que viaje con un asistente?**

Sí       No       a veces (Por favor, explique a continuación):

---

---

---

**6. ¿El solicitante puede viajar hacia y desde una parada de autobús?**       Sí       No

**En caso no, seleccione todo lo que corresponda:**

- No se puede negociar si la calle o la acera es demasiado empinada.
- No se puede viajar si no hay cortes de bordillo.
- No se puede cruzar calles e intersecciones concurridas.
- No se pueden tolerar temperaturas extremas.
- No se puede localizar una parada de autobús debido a una discapacidad visual.
- No se puede esperar afuera sin soporte durante 15 minutos.
- Se confunde fácilmente y puede perderse.
- Otro: \_\_\_\_\_



**7. Indique la capacidad del individuo para realizar de forma independiente las siguientes funciones utilizando la ayuda de movilidad más eficaz.**

Viaje 3 cuadras (1/4 milla) sin ayuda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Viaje 6 cuadras (1/2 milla) sin ayuda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Viaje 9 cuadras (3/4 milla) sin ayuda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Dar dirección y número de teléfono a petición	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Reconocer un destino o punto de referencia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Lidiar con situaciones inesperadas o cambios en la rutina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Pregunte, entienda y siga las instrucciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Cruzar con seguridad la calle y las intersecciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
Déjate desatender en un lugar de recogida o entrega	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces
¿Ir de la puerta de su casa al autobús?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces

**Por favor, deje cualquier comentario adicional aquí:**

---

---

---

---

---

**Se devolverán solicitudes con información ilegible o incompleta.**

**Utilice el sello de la oficina médica si está disponible.**

Certificación de finalización de la persona (impresión): \_\_\_\_\_

Título profesional: \_\_\_\_\_

Dirección comercial: \_\_\_\_\_

Clínica o agencia: \_\_\_\_\_

Teléfono empresarial: \_\_\_\_\_

Relación con el solicitante: \_\_\_\_\_

**Verifico que la información proporcionada para la verificación es verdadera y correcta.**

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre impreso)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)