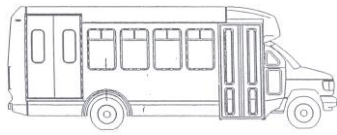


**CIUDAD DE SANTA MARIA  
SANTA MARIA AREA TRANSIT**



USO SOLAMENTE PARA SMAT

\_\_\_\_ Nuevo \_\_\_\_ Renovación

Fecha Aprobada \_\_\_\_\_

Tarjeta # \_\_\_\_\_

Fecha de emisión \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA SERVICIOS SUPLEMENTARIOS BAJO EL ACTA  
DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES DE 1990 (ADA)**

Por favor escriba o imprima su respuesta.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Número De Seguro Social\* \_\_\_\_\_

Idioma Hablado\* \_\_\_\_ Español \_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_ Otro (\_\_\_\_\_)

Fecha de nacimiento\* \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Numero de teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Numero de teléfono durante la tarde \_\_\_\_\_

*\* Opcional - La ley de privacidad federal de 1974 requiere que se le notifique que la divulgación de su número de seguro social es voluntario; sin embargo, puede ser utilizado como parte de su número de identificación.*

1. Cuál es la naturaleza de su discapacidad o condición que usted siente lo hace elegible para el servicio de ADA suplementario? (Marque todo lo que corresponda).

- Deterioro cardiovascular
- Discapacidad del desarrollo
- Dificultad para caminar
- Discapacidad auditiva
- Usuario de silla de ruedas
- Discapacidad mental / Cognitivo
- Discapacidad Musculo-Discapacidad esquelética
- Discapacidad neurológica

- Deterioro respiratorio
  - Trastorno convulsivo
  - Discapacidad visual
  - Otra Discapacidad (Por favor, especifique)
- 

2. ¿Su discapacidad ha sido documentado por un médico?  
En caso afirmativo, indique el diagnóstico (si se conoce)

- Sí \_\_\_\_\_
- No

3. ¿Desde cuándo ha tenido esta discapacidad o condición? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

4. ¿Es esta discapacidad o condición temporal?

- Sí En caso afirmativo, la duración hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- No

5. Por favor describa cómo su discapacidad o condición limita su capacidad para usar el sistema regular de ruta fija. (Si es posible, adjunte cartas profesionales o cualquier documentación que tenga relación con su discapacidad.)

---

---

---

---

6. ¿Puedes completar cualquiera de tus viajes en el sistema de rutas fijas?

- Sí \_\_\_\_\_

- No. Por favor explique \_\_\_\_\_

---

7. ¿Puedes de forma independiente llegar y / o regresar de una parada de autobús regular?

- Sí \_\_\_\_\_

---

- No. Por favor explique \_\_\_\_\_

---

8. ¿Puedes de forma independiente subir y / o bajar de un autobús regular de ruta fija?

Sí \_\_\_\_\_

No. Por favor explique \_\_\_\_\_

9. ¿Cuál de estas ayudas o equipos de movilidad utiliza para ayudar a llegar a donde tiene que ir?

Ninguno  Silla de Rueda Manual  Animal de Servicio

Bastón  Silla de Ruedas Eléctrica  Tablero de Fotos

Bastón blanco  Patineta/Carro Motorizado  Tablero de Abecedario

AndadorOxígeno  andador  Muletas

Other \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es el peso combinado de usted y su silla de rueda - aproximado?

\_\_\_\_\_ Libras

11. ¿Qué tan lejos puede continuamente caminar o mover su silla de ruedas?

(Ejemplo, 1 milla, 30 minutos) \_\_\_\_\_

12. ¿Necesita un ayudante o asistente para utilizar el sistema de autobús de rutas fijas.

Sí

No

13. Si contesto sí a cualquiera de las preguntas 11 o 12, tiene una agencia o un médico que recomienda el uso de un ayudante o asistente?

Sí

No

## FIRMA DEL SOLICITANTE

Por lo presente certifico que la información proporcionada es completa y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que si no soy encontrado elegible para el servicio suplementario ADA que yo puedo apelar dentro de los 60 días siguientes al recibo de la resolución por escrito, y que se me informará de los procedimientos para tal apelación. Por lo presente autorizo a la entidad certificadora en contactar cualquier agencia o profesional que se ha indicado en este formulario, por la narrativa o por unión con el fin de verificar la documentación de la discapacidad.

---

Firma del solicitante - o tutor si es aplicable

Fecha

Una vez que haya completado este formulario, por favor enviar por correo a la oficina de SMAT en 1303 Fairway Drive, Santa Maria, CA 93455. Si es necesario tener una entrevista, el transporte será proporcionado sin costo alguno.

**VERIFICACION PROFESIONAL PARA** \_\_\_\_\_  
*Nombre del Paciente*

**NOTA: ESTA PARTE DEBE SER LLENADO POR UNO DE LOS SIGUIENTES PROFESIONALES RECONOCIDOS: Enfermero(a) registrada, médico, trabajador social, psicólogo, fisioterapeuta, quiropráctico, terapeuta ocupacional, logopeda, enfermera en prácticas, asistente médico, consejero de salud mental, terapeuta respiratorio, consejero vocacional o recreación terapeuta empleado por un centro médico.**

El solicitante puede ser elegible para los servicios de autobús de SMAT ADA para todos los viajes que él / ella solicita, o elegible (basado en la capacidad funcional) para algunas de las solicitudes de viaje, o elegible (basado en la capacidad funcional) para algunas solicitudes de viaje, pero no para los demás, o capaz de utilizar el autobús regular. **NOTA: los autobuses de ruta fija SMAT están equipados con una rampa o un ascensor para personas que utilizan silla de ruedas o no pueden subir escaleras.** La información que proporcione nos permitirá hacer una determinación adecuada para cada solicitud de viaje. Toda la información será confidencial. Gracias por su ayuda.

Capacidad en la cual conoce usted al solicitante: \_\_\_\_\_

Condición física y/o cognitiva que funcionalmente impide el uso de autobuses equipados con ascensor:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es esta condición temporal? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Sí, para \_\_\_\_\_ meses

\_\_\_\_\_ He revisado toda la información contenida en esta solicitud y por lo presente certifico que toda la información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y habilidad.

Excepciones o Adiciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imprimir Nombre y Título \_\_\_\_\_

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

Clínica /Agencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_