

Candidatos, por favor, saquen copias de las primeras 5 páginas para sus archivos, ya que contienen información sobre las pólizas y procedimientos de nuestro programa de Acceso al Trabajo.



SERVICIOS DE TRANSPORTE PARA ACCESO AL TRABAJO

Condado de Bernalillo

La misión de Servicios de Transporte para Acceso al Trabajo es crear y mantener servicios de transporte que permitan a las personas de bajos ingresos ir y venir del trabajo, acceder a capacitación laboral y al cuidado infantil. También financia servicios entre las ciudades centrales y las ubicaciones de empleos en los suburbios.

Información de Contacto

Horas: Lunes – Viernes 9:00am – 5:00pm

Teléfono: 505-724-3623 Fax: 505-247-1753 Atención: Acceso al Trabajo correo electrónico: JAccess@mrcog-nm.gov

Dirección física: 809 Copper Avenue NW, Albuquerque, NM 87102

Dirección postal: Job Access Program, 809 Copper Avenue NW, Albuquerque, NM 87102

Servicios de Transporte

Los servicios del programa Transporte Para Acceso al trabajo proporcionan transporte a los participantes que cumplen los requisitos y han sido certificados, que no pueden llegar a su trabajo utilizando la transportación pública ya sea por limitaciones o a falta de opciones de transporte público. Los participantes pagan entre \$1.00 a \$2.00 por la tarifa de inicio (basada en una escala variable) por cada viaje de ida o vuelta con un medidor de \$20.00 o menos. Si el medidor final es más de \$20.00, el cliente paga la diferencia, más el \$1.00 a \$2.00 de la tarifa del inicio. Para los clientes primerizos del programa, las tarifas están cubiertas por los primero 60 días. El servicio está disponible para los residentes del condado de Bernalillo que trabajan en el sur del condado de Sandoval, específicamente en Río Rancho, Corrales y Bernalillo. Área de servicio: Condado de Bernalillo, excluyendo áreas del este de Carnuel y al oeste de la Casino y Hotel Route 66.

Información sobre la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Si usted es una persona con una discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o necesita una adaptación especial para participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el RTD de Rio Metro - Servicios de Transporte Para Acceso al Trabajo a través del TDD del Sistema de Retransmisión de Nuevo México al 1-800-659-8331 o marcando 711. O, si desea consultar o solicitar los servicios de transporte de la ADA, comuníquese con los Servicios de Transporte Para el Acceso al Trabajo al (505) 724-3623 para obtener un paquete del programa de la ADA.

Título VI/ADA/Modificación Razonable

El RTD de Rio Metro opera sus programas y servicios sin distinción de raza, color, nacionalidad y discapacidad, de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Cualquier persona que crea que ha sido objeto de una práctica discriminatoria ilegal en la recepción de los servicios o programas de Rio Metro puede presentar una queja. Cualquier queja de este tipo debe presentarse por escrito a Rio Metro dentro de los 180 días posteriores a la fecha del presunto incidente discriminatorio. Para obtener más información sobre nuestras obligaciones de no discriminación o presentar una queja, visite riometro.org para descargar nuestro formulario de queja del Título VI/ADA, llame al (866) 795-7245 para hablar con un representante de servicio al cliente, o en persona en Rio Metro RTD, 809 Copper Ave., NW, Albuquerque, NM 87102.

Su Privacidad

La información proporcionada a Rio Metro RTD es usada para determinar su elegibilidad o continuidad en el Programa de Transporte Para Acceso al Trabajo. Esta información verifica el cumplimiento de los requisitos del programa y nos ayuda a administrarlo.

Información de Solicitud del Programa

Para ser considerado para estos servicios, la aplicación debe estar completa. Todos los documentos enumerados a continuación deben enviarse dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se presentó la solicitud inicial al programa. Si no se entregan los documentos la aplicación será rechazada. Las aplicaciones deben ser entregadas por: correo postal, fax o correo electrónico.

LISTA del APLICANTE:

- ☐ Yo he leído las pólizas y procedimientos.
- ☐ Yo he incluido pruebas de comprobantes de ingresos de todos los miembros de la familia en casa.
 - 1. **Ingreso ganado** – Yo he incluido comprobantes de cada miembro que recibe ingresos ganados o beneficios.
 - **Documentación de sueldos y salarios:** (entregue uno de los siguientes)
 - o 2 talones de cheques consecutivos
 - o Carta del empleador (con el encabezado de la compañía) que conste las horas de trabajo por semana, salario por hora y fecha de inicio o verificación de empleo de La División de Asistencia Económica (Income Support Division).
 - **Beneficios recibidos:** (entregue uno de los siguientes)
 - o Carta más reciente de los beneficios otorgados por discapacidad a largo plazo
 - 2. **Ingreso no ganado** – Yo he incluido pruebas de comprobantes para cada miembro que recibe beneficios no Ganado.
 - **Proporcionar cartas otorgadas para los siguientes beneficios no ganados**

TANF/SNAP	Compensación por desempleo	Pensión/manutención de los hijos
Seguridad Social	Compensación al Trabajador	Retiro Compensación
Administración de Veteranos	Carta de Aviso de Acción de La División de Asistencia Económica (Income Support Division)	
 - 3. **Sin Ingreso** – El aplicante **SOLO** debe presentar lo siguiente:
 - o Si es nuevo en su trabajo, su empleador debe dar una carta con encabezado de la compañía que indique tu estado de empleo.
- ☐ He proporcionado comprobante de identificación vigente:
 - 1. Licencia de Conducir Vigente/Actual o Tarjeta de identificación (I.D.)
 - 2. Tarjeta de Autorización de Empleo o documento de viaje con foto
 - 3. Pasaporte
- ☐ He proporcionado comprobante de domicilio actual:
 - 1. Mi comprobante de ingresos o comprobante de identificación tiene mi dirección de domicilio actual, por lo tanto, no necesito mas documentos. **O**
 - 2. Proporcionar una de las siguientes:
 - Carta de la agencia de servicios humanos (refugio, casa de transición, agencia sin fines de lucro, etc.) que verifique la dirección temporal o la situación del solicitante.
 - Recibo de hotel
 - factura de utilidades con el nombre y dirección física del solicitante
 - Portada del contrato de arrendamiento con el nombre y la dirección del solicitante
- ☐ Yo califico para ADA y he COMPLETADO y ENTREGADO lo siguientes documentos
 - Aplicación de ADA y Forma de Verificación Medica (páginas 8 and 9)
- ☐ COMPLETADA y FIRMADA la aplicación de Acceso al Trabajo

Información de Contacto

Dirección física y postal:
Programa de Acceso al Trabajo
(Job Access Program)
809 Copper Avenue NW, Albuquerque, NM

Teléfono:
505-724-3623

Fax:
505-247-1753

Correo electrónico:
JAccess@mrcog-nm.gov

Apelaciones: Si no estás satisfecho con la determinación de tu elegibilidad, puedes presentar una apelación dentro de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de la carta que te notifica tu estado de elegibilidad. Las instrucciones sobre cómo presentar una apelación están incluidas en tu carta de notificación de estado y también se mencionan en la página 7 de estas políticas y procedimientos



SERVICIOS DE TRANSPORTE PARA ACCESO AL TRABAJO
Aplicación del Condado de Bernalillo

Dirección física y postal: 809 Copper Ave., NW Albuquerque, NM 87102

Fax: 505-247-1753

Teléfono: 505-724-3623

Correo electrónico: JAccess@mrcog-nm.gov

Attn: Job Access

Si le gustaría recibir ayuda para completar la aplicación o tiene preguntas generales puede hacer una cita para que un representante del departamento de Transporte Para Acceso al Trabajo esté disponible. Si usted tiene alguna discapacidad o necesita la información en un formato alternativo o tiene necesidades especiales de transporte, por favor contacte a Rio Metro Transporte Regional del Distrito. Servicios de Transporte para Acceso al Trabajo al (505)- 724-3623, el Sistema de Retransmisión de Telecomunicaciones marcando 711 para consultar saber acerca Acceso al Trabajo - ADA servicios de transporte.

Información de Contacto

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección física: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dirección postal si es diferente: _____ Correo electrónico: _____

Números de teléfono de contacto: 1) _____ 2) _____

(Opcional) Información de la Agencia o Persona que Representando al Apicante:

Nombre de la agencia: _____ Número de teléfono de contacto: _____

Nombre de Individuo Representando al Apicante: _____ Correo electrónico de contacto: _____

Información del Empleador

Por favor complete la información de cada trabajo al que necesite transporte de ida y venida. Si solo tiene un empleador y un lugar de trabajo alternativo o un horario diferente, utiliza **Trabajo #2** para proporcionar la ubicación alternativa del sitio de trabajo y/o la información sobre el horario.

Trabajo #1

Nombre del Empleador: _____

Dirección física del trabajo: _____ Código postal: _____

Horario de Trabajo

Círculo Días Trabajados: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Hora de comienzo: _____

Hora de finalización: _____

Trabajo #2

MISMO EMPLEADOR INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre del Empleador: _____

Dirección física del trabajo: _____ Código postal: _____

Horario de Trabajo

Círculo Días Trabajados: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Hora de comienzo: _____

Hora de finalización: _____

Información sobre Transportación

- ¿Alguna vez has recibido asistencia de Servicios de Transporte Para Acceso al Trabajo? **Encierra en un círculo uno:** Sí No
Si su respuesta anterior fue si ¿cuál fue la última fecha de servicio? _____ (mes/año)
- Yo necesito transporte de (**marque todas las que apliquen**): _____ Casa al Trabajo _____ Trabajo a Casa
_____ Casa AL Cuidado de Niños AL Trabajo _____ Del Trabajo AL Cuidado de Niños AL Casa
 - ¿Su hijo/a es menor de 5 años? **Encierra en un círculo uno:** Sí No
 - Si si, Nombre/Dirección del preescolar/guardería: _____
- ¿Estaría interesado en recibir una bicicleta gratis para ayudarlo en su transportación? **círculo uno:** Sí No
- ¿Tiene usted algún tipo de discapacidades que le impidan usar el transporte público por su cuenta? **círculo uno:** Sí No
Si si, por favor explique: _____

Ingreso de la Familia

Miembros de la Familia en Casa = Incluyen niños, parejas, sobrino(a)s y cualquier persona no relacionada que haya vivido en la casa por un año. También incluye niños que no vivan en la casa que usted este pagando manutención.

Ingresos = Ingreso Ganado **Y** no Ganado. Refiérase a la información en la aplicación (página 2 del paquete del programa) para una descripción detallada de ingreso ganado y no ganado. Provea toda la documentación acerca de su ingreso ganado y no ganado.

Nombres de los Miembros de la Familia en Casa (Inclúyete a ti mismo)	Relación	Ingreso del Miembro de la Familia en Casa (Marque una)		
		Ingresos ✓	Sin Ingresos ✓	Niño (menor de 18) ✓
Ejemplo: John/Jane Doe	Yo	✓		
1).				
2).				
3).				
4).				
5).				
6).				
7).				

Yo entiendo que debo proveer prueba de identificación (I.D.), prueba de ingreso y pruebas de mi domicilio, así como toda la documentación de ingresos para los miembros de mi hogar que reciben ingresos ganados y no ganados. Estoy consciente que Rio Metro Distrito Regional de Transito no revisará mi aplicación hasta que toda la documentación sea entregada.

(iniciales)

Certificación y Consentimiento del Aplicante:

Yo certifico que esta aplicación ha sido completada, según mi mejor conocimiento, con información completa y precisa. Yo entiendo que cualquier declaración falsa u omisión de información relevante para mi elegibilidad para la asistencia será considerada fraude y que puedo ser excluido del programa. Además, yo entiendo que la asistencia está sujeta a la disponibilidad de fondos.

Yo autorizo a Rio Metro Distrito Regional de Transito divulgar la siguiente información de contacto a los proveedores de transporte: domicilio, dirección del trabajo o relacionada con el empleo, dirección de cuidado infantil y número de teléfono de contacto.

Yo he leído y estoy acuerdo con las pólizas y procedimientos de Rio Metro Distrito Regional de Tránsito. Yo entiendo que el usar los Servicios de Transporte Para Acceso al Trabajo es un privilegio y que perdería este privilegio si no sigo las pólizas y procedimientos.

FIRMA DEL APLICANTE: _____

FECHA: _____

SERVICIOS DE TRANSPORTE PARA ACCESO AL TRABAJO PÓLIZAS Y PROCEDIMIENTOS

Período de Servicio:

Elegibilidad es por seis (6) meses de servicios aprobados durante la determinación inicial. Si el cliente no ha utilizado el servicio dentro de sesenta (60) días desde la decisión/aprobación inicial, se asumirá que el cliente ya no necesita los servicios y los servicios serán cancelados. Se realizan arreglos especiales para los participantes que usan el servicio como respaldo y/o no de manera regular. Por lo tanto, notifique al Coordinador de Transporte Para Acceso al trabajo si esto aplica a ti, y se aplicará el período estándar de servicio de seis (6) meses.

(iniciales)

Re-Certificación:

Clientes serán notificados por correo treinta (30) días antes del final del período de servicio. Si el cliente sigue necesitando el servicio de transporte, deberá presentar la solicitud de recertificación y la prueba actual de ingreso de los miembros del hogar para determinar la elegibilidad continua. Si el cliente sigue cumpliendo con los requisitos del programa, será elegible para (6) meses adicionales de servicios, lo que significa que **el cliente puede utilizar los servicios hasta por un año**. Si el cliente ya no califica, será notificado(a) sobre su último día de servicio.

Es responsabilidad del cliente entregar la documentación antes de la fecha límite del período de servicio o cualquier otra fecha documentada por el Coordinador de Transporte para Acceso al Trabajo. Si la documentación de recertificación no es recibida antes de la fecha límite, los servicios serán discontinuado y el cliente no será elegible para los servicios seis (6) meses.

(iniciales)

Mantener tu Viajes al Día:

- Clientes aprobados para el programa están limitados a usar el servicio para actividades y viajes calificados y aprobados por el coordinador del programa Transporte de Acceso al Trabajo.
- Clientes deben contactar al Coordinador de Transporte para Acceso al Trabajo cuando haya cambio de dirección para: casa al trabajo; el hogar al trabajo; el hogar a la guardería y luego al trabajo o actividades relacionadas con el empleo. El participante debe contactar al programa **veinticuatro (24) horas antes** para obtener la aprobación del cambio solicitado en el viaje. El Coordinador notificará a los proveedores y al participante sobre el estado del cambio de viaje.
- Máximo de dos (2) viajes por cliente. Solicitudes especiales deben ser realizadas al coordinador de Transporte para Acceso al Trabajo para viajes adicionales.

Programación de Viajes:

Clientes pueden empezar a programar viajes, solo después de que el Coordinador de Transporte Para Acceso al Trabajo haya confirmado que usted fue aprobado y agregado a la lista de pasajeros. Para programar un viaje, póngase en contacto con **zTrip al 505-247-8888**. Si tiene una discapacidad que requiere un vehículo accesible según la ADA, el cliente debe informar al despachador en el momento en que se programe su viaje.

Clientes deben programar los viajes con suficiente tiempo para permitir que él pueda organizar y proveer el servicio de acuerdo con su horario.

Tarifas para Pasajeros:

Clientes deben estar aprobados para el servicio. Clientes pagan \$1.00 a \$2.00 por la tarifa de caída (basada en una escala) por cada viaje de ida o vuelta con un medidor de \$20.00 o menos. Si el medidor final es más de \$20.00, el cliente paga la diferencia, más el \$1.00 a \$2.00 de la tarifa de viaje. Para los clientes primerizos de Acceso al Trabajo las tarifas están cubiertas por los primeros sesenta (60) días.

(iniciales)

A tiempo:

Esté listo y esperando su viaje a tiempo. Debido a las pólizas de los proveedores, el conductor solo esperará 5 minutos y no está obligado a llamarte. El conductor tiene una ventana de 30 minutos para recogerlo/a, por lo que pueden llegar 15 minutos antes o 15 minutos después de la hora establecida. Sin embargo, el conductor debe llevarlo/a su destino a tiempo.

Pasajeros abandonados:

Si programaste un viaje con el proveedor y el conductor no llega al final de la ventana de recogida de **15 minutos**, comunícate con el proveedor para verificar el estado del viaje o cancelarlo. Por favor contacte al coordinador de Transporte para Acceso al Trabajo para reportar el incidente.

Guardería:

Para clientes que tienen los servicios de ida y Vuelta para la guardería: 1) Solo niños de cinco (5) años o más pequeños son elegibles para el transporte de guardería, a menos que tenga un niño más grande de cinco (5) años que vaya a la misma guardería que su niño más joven (o niños) o sea durante los meses de verano.

Asiento de seguridad para niños:

Los asientos de seguridad para niños son obligatorios para todos los menores de **seis (6) años** o menos. Es su responsabilidad proporcionar y utilizar correctamente el asiento de seguridad. No lleve el asiento de seguridad al trabajo es mejor dejarlo en la guardería.

Cinturones de seguridad:

Siempre debe usar el cinturón de seguridad mientras este en el vehículo.

Identificación con foto:

Tenga una identificación con foto lista cuando utilice la transportación. Los proveedores están autorizados a verificar su identidad como clientes del programa.

Mal Clima:

En caso de mal clima, contacte al proveedor. Ellos le informaran si los servicios están operando.

Ausencias:

- Si usted falta al viaje programado y no contacta al proveedor una (1) hora antes de la hora de cita, contara como ausencia.
- Clientes no tiene la tarifa inicial y/o las tarifas adicionales para viajes más de \$20.00.

(iniciales)

Póliza de Suspensión:

Los pasajeros que tienen un patrón o práctica de tres (3) o más ausencias o cancelaciones tardías, y cuyas ausencias/cancelaciones excedan el **10%** de sus viajes programados en un mes, estarán sujetos a la suspensión de sus privilegios de viaje por un período determinado. Se enviarán cartas de advertencia al pasajero para notificarle sobre las ausencias.

- Primero - Si no se presenta, se enviará una carta de advertencia al participante.
- Segundo - Si no se presenta, se le impondrá una suspensión de una (1) semana.
- Tercera - Si no se presenta, se le impondrá una suspensión de dos (2) semanas.
- Cuarto - Si no se presenta, se le impondrá una suspensión de treinta (30) días.
- Quinto - Si no se presenta, el pasajero será eliminado del programa.

(iniciales)

Apelar un no se presentación:

Si su falta de asistencia o su cancelación no fue en el tiempo permitido fue por causa de algo fuera de su control, puede llamar al Servicio al Cliente de Rio Metro RTD para explicar lo sucedido. También tiene derecho a apelar o disputar cualquier decisión a causa de su asistencia. La decisión de apelación se tomará por escrito dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de apelación.

(iniciales)

Quejas y cumplidos:

Rio Metro RTD puede ayudarte a presentar una queja o reconocimiento tan pronto como sea posible después del incidente, escribe toda la información necesaria para investigar tu queja y un resumen del evento, luego contacta al **Servicio al Cliente de Rio Metro RTD al 866-795-7245 (lunes a viernes de 6:00 a.m. a 10:00 p.m., sábado de 7:30 a.m. a 11:30 p.m., domingo de 7:00 a.m. a 10:00 p.m.)** o en persona en **809 Copper Avenue NW, Albuquerque, NM 87102 (lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.)**. Las quejas se atenderán por teléfono, carta o correo electrónico dentro de los 14 días a partir de la recepción de la queja. Si los participantes necesitan asistencia inmediata con su viaje, comuníquese con el personal de Transporte para Acceso al Trabajo al 505-724-3623 (de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.).

(iniciales)

Conducta y Responsabilidades de los Participantes

Descontinuación de los servicios del Programa de Transporte para Acceso al Trabajo antes de que finalice el Período de Servicio: Los servicios del cliente serán descontinuados antes de que el Período de Servicio termine por las siguientes razones:

- Violación de las pólizas y procedimientos del Programa de Transporte para Acceso al Trabajo.
- Proporcionar información falsa o esconder información para obtener los servicios del programa.
- El cliente no ha utilizado los servicios en sesenta (60) días y no ha respondido a la carta del coordinador de Transporte de Acceso al Trabajo.

Responsabilidades del Cliente: Como un cliente del programa de Transporte para Acceso al Trabajo, por favor coopere con el conductor y cualquier personal en todo momento. Es la responsabilidad del cliente de:

- No actuar o hablar de manera abusiva con el personal de Rio Metro RTD o de otros proveedores de transporte u otros pasajeros.
- Seguir las regulaciones y reglas de Transporte para Acceso al Trabajo y del proveedor de transporte.

Proceso de Apelación: Para individuos que pidan una extensión o quieren apelar una aplicación o determinación de recertificación, usted puede enviar una carta de apelación al **Rio Metro Distrito de Tránsito, Programa para Acceso al Trabajo, 809 Copper Avenue, NW, Albuquerque, NM 87102**, que incluya la siguiente información:

- Fecha de la solicitud de apelación
- Nombre completo del cliente solicitando la apelación
- Dirección de correo y física vigente, si es diferente de la dirección de correo
- Número de teléfono
- Explicación de las circunstancias actuales y razón de la apelación

Yo he leído y estoy de acuerdo con las Pólizas y Procedimientos del Programa de Acceso al Trabajo de Rio Metro RTD. Yo entiendo que usar los Servicios de Transporte de Acceso al Trabajo es un privilegio y lo perderé si no sigo estas pólizas y procedimientos.

(iniciales)

FIRMA DEL CANDIDATO: _____

FECHA: _____

ACCESO AL TRABAJO APLICACIÓN DE ADA

Las personas con discapacidades pueden ser consideradas elegibles para usar los servicios de la ADA (Ley de Estadounidenses con discapacidades) si cumplen con uno de los siguientes criterios **Y los requisitos de ingresos federales del Programa de Acceso al Trabajo.**

- Si la discapacidad de la persona le impide llegar y salir de una estación/parada en el punto de origen o destino.
- Si la discapacidad de la persona le impide abordar, utilizar o desembarcar del vehículo en la estación/parada, incluso con la ayuda de un vehículo equipado con ascensor/rampa.
- Si la discapacidad de la persona le impide reconocer el punto de recogida o destino una vez que está en el vehículo.
- Si la discapacidad de la persona no le permitiera negociar transbordos o conexiones, si las hubiera, en la ruta fija deseada de viaje de forma independiente.

Autorización para Divulgar Información Médica

Autorización del Candidato: Por la presente, autorizo al siguiente profesional médico a divulgar cualquier información necesaria para completar esta certificación. Entiendo que esta información es confidencial y no se divulgará sin mi aprobación o una orden judicial. Entiendo que Rio Metro RTD tiene el derecho y la oportunidad de verificar mi elegibilidad y si alguna de las declaraciones hechas en este formulario de solicitud es falsa o inexacta, perderé los privilegios otorgados por Rio Metro RTD.

Nombre Completo (en letra de imprenta): _____

Dirección Física: _____

Dirección de Correo, si es diferente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

Firma del Candidato: _____ **Fecha:** _____

Contacto de Emergencia

Por favor proveer el nombre y el número de teléfono de alguien con quien podamos comunicarnos en caso de una emergencia.

Nombre: _____ **Número de Teléfono:** _____

Relación con usted: _____ **Fecha:** _____

Información Médica

Mi discapacidad me impide (marque todo lo que apliquen):

_____ Caminar _____ Subir escaleras _____ Usar el transporte público de forma independiente

Por favor, explique su discapacidad: _____

¿Esta condición es (marque uno)? _____ Permanente _____ Temporal

¿Si es temporal, cuánto tiempo espera que dure? _____

Utiliza ayudas/aparatos como un bastón, caminante, bastón blanco, muletas? **Por favor, marque uno:** _____ Sí _____ No

Si marco si, enumere los dispositivos de ayuda a la movilidad utilizados: _____

Por la presente, yo entiendo que, para ser elegible para usar el servicio de transporte de la ADA de Acceso al Trabajo, debo tener una discapacidad que me impida usar los servicios de transporte público de manera independiente. Yo estoy de acuerdo en que si alguna de la información proporcionada a Rio Metro RTD es materialmente falsa o engañosa, Rio Metro RTD tendrá el derecho de reconsiderar mi elegibilidad para los servicios de transporte de Acceso al Trabajo ADA. Yo certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta. Yo entiendo que Rio Metro RTD puede contactar a mi profesional médico que completó el formulario de Verificación Médica para los Servicios de Transporte de la ADA para el Acceso al Trabajo para obtener información adicional con el fin de determinar la elegibilidad para los Servicios de Transporte de la ADA para el Acceso al Trabajo.

FIRMA DEL CANDIDATO: _____ **FECHA:** _____

VERIFICACIÓN MÉDICA PARA EL ACCESO AL TRABAJO SERVICIOS DE TRANSPORTE DE LA ADA

Es necesario que un profesional médico con licencia (no un pariente o amigo) que lo vea de manera profesional complete esta sección de la aplicación. Esta persona puede ser una enfermera registrada, trabajador social, médico, terapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, quiropráctico, patólogo del habla, asistente médico de doctor, enfermero practicante o consejero de salud mental empleado por una clínica médica.

AVISO IMPORTANTE: La información que usted provea ayudará al Rio Metro Distrito de Tránsito (Rio Metro RTD) a determinar la capacidad funcional y cognitiva de su paciente para utilizar los servicios de transporte público de forma independiente. Este formulario ayuda a Rio Metro RTD a determinar cuándo y bajo qué circunstancias o condiciones el candidato puede utilizar los servicios de transporte público.

Es esencial que sea lo más preciso posible en su evaluación. Toda la información contenida en este formulario se mantendrá estrictamente confidencial y no se divulgará.

Información del Profesional Médico

Nombre Completo (en letra de imprenta): _____

Dirección de la oficina: _____

Dirección de Correo, si es diferente: _____

Número de teléfono de la oficina: _____ Correo electrónico (opcional): _____

Historial Médico del Candidato/Paciente

1. Capacidad en la cual usted conoce al candidato/paciente (por favor explique).

2. Por favor describa la condición (ya sea física o cognitiva) que impide funcionalmente al candidato de utilizar los servicios regulares de transporte público. Sea lo más específico posible en su descripción.

3. Pronóstico/duración esperada de la discapacidad.

4. Necesita el candidato/paciente un asistente de movilidad para andar fuera de casa? (Marque uno) ____ Sí ____ No
Si marco si, enumere y explique el dispositivo de ayuda a la movilidad utilizado.

5. Al mejor de sus conocimientos, la información proporcionada en el formulario de aplicación de Acceso al Trabajo de la ADA (incluya su verificación médica con este formulario) por la candidata/paciente es correcta. (Marque uno) ____ Sí ____ No
Si no, por favor explique:

FIRMA DEL PROFESIONAL MÉDICO: _____ **FECHA:** _____

Nombre Escrito y Título: _____